



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BEKNOPT VERSLAG

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Dinsdag

Mardi

19-06-2018

19-06-2018

Namiddag

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	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral
CRABV	Beknopt Verslag	CRABV	Compte Rendu Analytique
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)	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)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beige kleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

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

INHOUD

SOMMAIRE

Samengevoegde vragen van	1	Questions jointes de	1
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toiletpas voor IBD-patiënten" (nr. 24912)	1	- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour les patients atteints de MICI" (n° 24912)	1
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toiletpas voor IBD-patiënten" (nr. 26149) <i>Sprekers: Marco Van Hees, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	1	- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour patients IBD" (n° 26149) <i>Orateurs: Marco Van Hees, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	1
Samengevoegde interpellatie en vraag van	2	Interpellation et question jointes de	2
- mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vereisten die zullen worden opgelegd aan de diensten voor alternatieve zorg aan bejaarden (Protocol 3)" (nr. 268)	2	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences futures imposées aux services en charge des soins alternatifs aux personnes âgées (Protocole 3)" (n° 268)	2
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Protocol 3" (nr. 25599) <i>Sprekers: Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	2	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Protocole 3" (n° 25599) <i>Orateurs: Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	2
<i>Moties</i>	6	<i>Motions</i>	6
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neussprays" (nr. 25383) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	7	Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sprays nasaux" (n° 25383) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	7
Samengevoegde vragen van	7	Questions jointes de	7
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 25418)	7	- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 25418)	7
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 26150) <i>Sprekers: Marco Van Hees, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	8	- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 26150) <i>Orateurs: Marco Van Hees, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	8
Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenverpakkingen" (nr. 25517) <i>Sprekers: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en	11	Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le paquet de cigarettes neutre" (n° 25517) <i>Orateurs: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la	11

Volksgesondheid		Santé publique	
Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "medische beeldvorming (opvolging)" (nr. 25538) <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	11	Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imagerie médicale (suite)" (n° 25538) <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	11
Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de paper van Voka" (nr. 25543) <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	13	Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Voka" (n° 25543) <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	13
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de gezondheidsenquête" (nr. 25545) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	14	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de santé" (n° 25545) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	14
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "het Plan Medische Hulpmiddelen" (nr. 25547) <i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	15	Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan Dispositifs Médicaux" (n° 25547) <i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	15
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de terugbetaling van Elaprased bij Hunter" (nr. 25548) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	16	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'Elaprased dans le cadre de la maladie de Hunter" (n° 25548) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	16
Samengevoegde vragen van	17	Questions jointes de	17
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de terugbetaling van de psychologische hulp" (nr. 25561)	17	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'aide psychologique" (n° 25561)	17
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de terugbetaling van consultaties bij de eerstelijnspsycholoog" (nr. 25576) <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid	17	- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des consultations chez un psychologue de première ligne" (n° 25576) <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	17
Samengevoegde vragen van	18	Questions jointes de	18
- de heer Éric Thiébaud aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de procedure inzake de vergunningen voor de overdracht van apotheken" (nr. 25568)	18	- M. Éric Thiébaud à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure relative au transfert d'officines pharmaceutiques" (n° 25568)	18
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgesondheid over "de	18	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement	18

behandeling van aanvragen voor de overdracht van apotheken" (nr. 25570)		des demandes de transfert de pharmacies" (n° 25570)	
<i>Sprekers:</i> Éric Thiébaud, Catherine Fonck , voorzitter van de cdH-fractie, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Éric Thiébaud, Catherine Fonck , présidente du groupe cdH, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "veilige gebruikersruimten" (nr. 25549)	20	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'existence des salles de consommation à moindre risque" (n° 25549)	20
<i>Sprekers:</i> André Frédéric, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> André Frédéric, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	22	Questions jointes de	22
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift voor geneesmiddelen" (nr. 25644)	22	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique de médicaments" (n° 25644)	22
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 25834)	22	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 25834)	22
<i>Sprekers:</i> André Frédéric, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> André Frédéric, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Orde der dierenartsen" (nr. 25674)	22	Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 25674)	22
<i>Sprekers:</i> Anne Dedry, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Anne Dedry, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenwachtposten" (nr. 25778)	24	Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les postes de garde de médecine générale" (n° 25778)	24
<i>Sprekers:</i> Karin Jiroflée, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Karin Jiroflée, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neuromusculaire referentiecentra (NMRC)" (nr. 25779)	24	Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence neuromusculaires (CRNM)" (n° 25779)	24
<i>Sprekers:</i> Karin Jiroflée, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Karin Jiroflée, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "levertransplantaties" (nr. 25821)	26	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la greffe du foie" (n° 25821)	26
<i>Sprekers:</i> Catherine Fonck , voorzitter van de cdH-fractie, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs:</i> Catherine Fonck , présidente du groupe cdH, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 19 JUNI 2018

Namiddag

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

du

MARDI 19 JUIN 2018

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 24 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toilet pas voor IBD-patiënten" (nr. 24912)
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toilet pas voor IBD-patiënten" (nr. 26149)

01 **Questions jointes de**

- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour les patients atteints de MICI" (n° 24912)
- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour patients IBD" (n° 26149)

01.01 **Marco Van Hees (PTB-GO!):** De opnamen die door patiëntenverenigingen gemaakt werden met een verborgen camera tonen de pijnlijke realiteit van mensen met een chronische inflammatoire darmziekte (30.000 à 35.000 personen in België). Vaak mogen ze in winkels of restaurants geen gebruik maken van het toilet, zelfs als ze hun medische toilet pas laten zien. De toilet pas bestaat al sinds 1987, maar is nog altijd onbekend bij het grote publiek en is niet juridisch bindend. Om daar iets aan te doen hebben CCV-vzw en de vzw Association Crohn-RCUH een petitie gelanceerd. Sommige patiënten durven hun huis immers niet meer te verlaten uit angst voor een ongelukje en raken geïsoleerd.

01.01 **Marco Van Hees (PTB-GO!):** Les images filmées avec une caméra cachée par des associations de patients montrent la réalité douloureuse des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (de 30 à 35 000 personnes en Belgique). Souvent, l'accès aux toilettes leur est refusé dans les magasins ou restaurants même s'ils montrent leur carte "urgence toilette" qui existe depuis 1987, mais reste méconnue et n'est pas juridiquement contraignante. Pour y remédier, CCV-vzw et Association Crohn-RCUH ont lancé une pétition. En effet, par peur d'un "accident", ces personnes n'osent plus sortir et s'isolent.

Bent u bereid om op die eisen in te gaan? Zult de toilet pas juridisch bindend maken? Hoeveel personen lijden er aan colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn en hoe evolueert dat aantal?

Êtes-vous prête à répondre à ces revendications? Allez-vous rendre la carte de toilette juridiquement contraignante? Combien de personnes souffrent de colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn et quelle est leur évolution?

01.02 **Minister Maggie De Block (Frans):** Dat is

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

een reëel probleem. We hebben om de tafel gezeten met de verenigingen die de petitie hebben gelanceerd.

Er moet overleg gepleegd worden met de acht bevoegde ministers en met de ministers van Economie.

Voorts zou er een app ontwikkeld zijn, die het mogelijk maakt op elk ogenblik te zien waar zich de dichtstbijzijnde toiletten bevinden. Natuurlijk moet men daar dan ook nog toegang toe krijgen.

01.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): Als u de gezondheidszorg wil herfederaliseren, zal de PVDA u daarbij steunen! Hier overdrijft u echter een beetje wanneer u het over acht bevoegde ministers heeft. Het probleem zou op federaal niveau kunnen worden opgelost.

U zegt uiteindelijk aan de betrokkenen dat er geen oplossing is voor hun probleem omdat ons institutionele bestel te ingewikkeld in elkaar zit.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde interpellatie en vraag van
 - mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vereisten die zullen worden opgelegd aan de diensten voor alternatieve zorg aan bejaarden (Protocol 3)" (nr. 268)
 - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Protocol 3" (nr. 25599)

02.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De Protocol 3-diensten werden in het leven geroepen om zestigplussers die er fysiek of mentaal op achteruitgaan dezelfde zorg als in een rust- en verzorgingstehuis te verlenen en zo hun opname in dergelijke instellingen uit te stellen. In januari 2018 werd een permanente werkgroep opgericht met onder andere spelers van het terrein om deze Protocol 3-diensten te begeleiden.

In november 2017 hebt u te kennen gegeven dat u de Protocol 3-diensten niet wenst voort te zetten. Als gevolg daarvan hebben veel diensten een voorlopige opzegging aan hun teams betekend en zijn de werknemers vertrokken. Onder druk van de eerstelijnsdiensten, die de Protocol 3-diensten bijzonder nuttig vinden, bent u – gelukkig – van gedachten veranderd en hebt u besloten deze begroting te behouden en de Protocol 3-diensten tot 2020 te verlengen.

C'est un réel problème. Nous avons rencontré les associations qui ont lancé la pétition.

Il faut se concerter avec les huit ministres compétents et avec les ministres de l'Économie.

Par ailleurs, une "appli" aurait été créée permettant de dire à chaque instant où se trouvent les toilettes les plus proches. Encore faut-il y avoir accès.

01.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): Si vous re-fédéralisez les soins de santé, le PTB sera avec vous! Ici, vous forcez un peu le trait en parlant de huit ministres compétents: le problème pourrait être réglé à l'échelon fédéral.

Vous dites en définitive aux demandeurs qu'il n'y a pas de solution à leur problème en raison de la complexité institutionnelle.

L'incident est clos.

02 Interpellation et question jointes de
 - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences futures imposées aux services en charge des soins alternatifs aux personnes âgées (Protocole 3)" (n° 268)
 - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Protocole 3" (n° 25599)

02.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Les services Protocole 3 ont été mis en place comme une alternative aux maisons de repos et de soins, en vue de retarder l'entrée dans ces institutions des personnes de plus de soixante ans connaissant une aggravation de leur état physique et de leur état cognitif. En janvier 2018, un groupe de travail permanent, comprenant des acteurs de terrain, a été mis en place pour accompagner ces services Protocole 3.

Jusqu'en novembre 2017, vous avez exprimé votre refus de poursuivre les services Protocole 3. De nombreux services ont, par conséquent, donné des préavis conservatoires à leur équipe et les travailleurs sont partis. Mais suite aux pressions des services de première ligne, qui trouvaient les services Protocole 3 particulièrement utiles, vous avez changé d'avis – tant mieux! – et avez décidé de conserver cette enveloppe budgétaire pour prolonger ces services jusqu'en 2020.

Ik heb echter vernomen dat u de financiering wenst te veranderen, met name van een forfaitair bedrag naar een financiering per prestatie.

De verstrekkingen worden beperkt tot de medische handelingen aan het bed van de zorgafhankelijke persoon, maar bij de meeste verstrekkingen is niet enkel de zorgafhankelijke oudere betrokken, maar ook zijn omgeving, want het is de bedoeling de omgeving van die ouderen met psychische en cognitieve problemen te mobiliseren. U verplicht de casemanagers om de rol van verpleegkundige op te nemen, terwijl dat niet nodig is: er wordt verwacht dat de zorgverleners multidisciplinair zijn, volgens de universitaire rapporten en die van het KCE.

U zegt dat de verstrekkingen voor een periode van zes maanden zullen worden gefinancierd, die één keer verlengd kan worden, omdat u vindt dat andere diensten het daarna moeten overnemen. Maar welke diensten? Hoe werden die criteria vastgesteld? Waarom worden de verstrekkingen aldus beperkt?

Bij de diensten die eerst te horen kregen dat ze op 31 augustus zouden stoppen en vervolgens dat ze nog twee jaar konden doorwerken, zijn er teamleden vertrokken. Op welke basis zullen ze worden geëvalueerd?

Deze diensten kunnen niet naar behoren werken, terwijl ze wel noodzakelijk zijn. Het is moeilijk om de logica van de nieuwe beleidslijnen te doorgronden.

Hoe staat het met het overleg? De mensen op het terrein vragen zich af of het de bedoeling is om een en ander te communautariseren. Ik heb niet de indruk dat dat uw voornemen is.

02.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Ik weet niet waar u hebt gehoord dat ik zou hebben besloten om de Protocol 3-diensten en -verstrekkingen stop te zetten. Ik heb besloten om het jaarlijkse budget van 12,5 miljoen euro te behouden tot 31 december 2020, dus tot na alle komende verkiezingen.

Casemanagement, psychosociale ondersteuning en ergotherapie zijn geëvalueerd. Er zijn nog geen evaluaties van andere interventies of per project. Als het P3-project zou zijn stopgezet, zoals er wordt gesuggereerd, zouden de patiënten niet langer hebben kunnen rekenen op de adequate, kwaliteitsvolle zorg.

De beleidscel zoekt samen met het RIZIV naar een pragmatische oplossing zodat het Protocol 3-project binnen een beter omschreven kader kan worden

Par contre, j'ai appris que vous vouliez changer le financement, qui deviendrait un financement à l'acte et non plus forfaitaire.

Les actes sont limités à ceux qui sont posés au chevet des personnes, or une majorité des prestations ne se font pas uniquement avec la personne mais aussi avec son environnement social, dans le but de mobiliser l'entourage de ces personnes qui ont des problèmes psychiques et cognitifs. Vous obligez les *case managers* à être des infirmiers ou infirmières, or il n'est pas nécessaire qu'ils le soient: une pluridisciplinarité est même attendue, selon les rapports universitaires et ceux du KCE.

Vous dites que le financement des prestations se fera pour une période de six mois, prolongeable une fois, considérant que d'autres services doivent prendre le relais. Mais lesquels? Comment ces critères ont-ils été définis? Pourquoi limiter ainsi les prestations?

Les services auxquels il a d'abord été dit qu'ils s'arrêteraient au 31 août puis qu'ils pourraient continuer pour deux ans ont perdu des membres de leurs équipes. Sur quelle base seront-ils évalués?

On les empêche de fonctionner correctement, alors que ces services sont nécessaires. Il est difficile de comprendre la logique des nouvelles orientations.

Où en sont les concertations? Les travailleurs de terrain s'interrogent et se demandent si la volonté est de communautariser. Je n'ai pas le sentiment que telle soit votre volonté.

02.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Je ne sais pas où vous avez entendu dire que j'aurais décidé d'arrêter les services et interventions Protocole 3. J'ai décidé de maintenir le budget annuel de 12,5 millions d'euros jusqu'au 31 décembre 2020, soit après toutes les élections à venir.

On a évalué le *case management*, le soutien psychosocial et l'ergothérapie. Aucune autre intervention n'a été évaluée précédemment. Il n'y avait pas davantage d'évaluation par projet. Si le projet P3 avait pris fin comme suggéré, les patients auraient pu perdre les soins adéquats et de qualité dont ils bénéficiaient.

La cellule stratégique collabore avec l'INAMI dans la recherche d'une solution pragmatique pour que le projet Protocole 3 se poursuive dans un cadre

voortgezet.

De aanbevelingen en rapporten van het wetenschappelijke team vindt u op de website van het RIZIV. Hierin worden minder zelfredzame ouderen of ouderen die er cognitief op achteruitgaan opgedeeld in doelgroepen voor de betreffende zorgverlening.

Voor deze doelgroepen zijn zorgverstrekkingen aan huis bij casemanagement, psychologische opvolging en ergotherapie gunstig en verlagen ze de kosten voor de verzekering voor geneeskundige verzorging. De intensiteit van deze zorgverstrekkingen moet worden aangepast in functie van de omstandigheden om de beste kosten-batenverhouding te bereiken.

Om redenen van wetenschappelijke geldigheid gaat het onderzoek niet over zorgverstrekkingen aan een klein aantal patiënten. De opeenvolgende versies van de ontwerpovereenkomst zijn allemaal gebaseerd op de aanbevelingen van het wetenschappelijke team. De vooropgestelde vormen van zorgverlening en ondersteuning hebben hun doeltreffendheid aangetoond.

Het feit dat de functie van casemanager wordt toegewezen aan een verpleegkundige, een gezondheidswerker of aan anderen, is gebaseerd op de volgende vaststellingen. Er moet een aangepast niveau van deskundigheid zijn in ten minste één van de betrokken domeinen. De casemanagers werken in teams, waarin verpleegkundigen en andere hulp- en zorgverleners zitten. Aangezien er geen specifieke opleiding is voor casemanagers, is een verpleegkundige volgens de experts het meest geschikt om deze functie te vervullen.

De casemanager zorgt ervoor dat er een globale beoordeling is en dat de BelRAI is ingevuld. Hij coördineert tijdelijk de zorg indien nodig, zorgt dat het zorgplan wordt toegepast, informeert en adviseert de betreffende ouderen, anticipeert op crisissituaties om overbodige zorg te voorkomen, evalueert de resultaten met de andere zorgverstrekkers in het programma en zorgt ervoor dat het zorgplan op basis van deze resultaten wordt bijgesteld.

In de lopende projecten wordt de casemanagerfunctie vaak uitgeoefend door een practitioner. In de andere gevallen is de functie doorgaans beperkt tot het coördineren van de zorg en worden niet alle genoemde gespecialiseerde taken uitgevoerd. Er zijn veel argumenten voor de

mieux défini.

Vous trouverez les recommandations et les rapports établis par l'équipe scientifique sur le site internet de l'INAMI. Elles distinguent des groupes-cibles susceptibles de bénéficier d'une intervention parmi des personnes âgées présentant une perte d'autonomie ou une diminution de leurs performances cognitives.

Pour ces groupes-cibles, des interventions à domicile de *case management*, d'ergothérapie et de suivi psychologique sont bénéfiques et font baisser les coûts pour l'assurance soins de santé. L'intensité de ces interventions doit être ajustée en fonction des circonstances pour atteindre le meilleur rapport coût-efficacité.

Pour des raisons de validité scientifique, la recherche n'a pu porter sur les interventions concernant un petit nombre de patients. Les versions successives du projet de convention se basent toutes sur les recommandations de l'équipe scientifique. Les formes de soins et de soutien prévues sont celles ayant démontré leur efficacité.

Le fait d'attribuer la fonction de *case manager* à un infirmier, à un professionnel de la santé ou à d'autres, se base sur les constats suivants. Il faut avoir un niveau d'expertise adéquat dans au moins un des domaines concernés. Les *case managers* travaillent en équipes qui comprennent des infirmiers à côté d'autres professionnels de l'aide et des soins. En l'absence d'une formation particulière, l'infirmier est, selon les experts, le plus à même d'assumer cette fonction.

Le *case manager* veille à ce qu'il y ait un bilan global et que le BelRAI soit complété. Il coordonne temporairement les soins si nécessaire, fait appliquer le plan de soins, informe et conseille les bénéficiaires, anticipe les situations de crise pour éviter des soins superflus, évalue les résultats avec les autres dispensateurs du programme et veille à ce que le plan de soins soit adopté en fonction de ces résultats.

Dans les projets actuels, la fonction de *case manager* est souvent exercée par un professionnel de soins. Si ce n'est pas le cas, elle est généralement réduite à une coordination de soins excluant certaines tâches spécialisées. De nombreux arguments plaident pour que le *case*

uitoefening van de casemanagerfunctie door een verpleegkundige. *manager* soit un infirmier.

De interventieperiode bedraagt zes maanden en kan eenmaal worden verlengd in geval van een nieuw incident. De overeenkomst is geenszins bedoeld om langdurige ondersteuning, ergotherapie als bezigheidstherapie of psychotherapie te financieren, maar eerder voor specifieke zorg en een punctuele, gespecialiseerde en intensieve ondersteuning. De zorg is geslaagd als de oudere, zijn verzorger en de andere betrokkenen in staat zijn de zorg en ondersteuning op zich te nemen. Als de behoeften van een patiënt plotseling toenemen, kan het zorgaanbod worden herzien.

La période d'intervention est de six mois, renouvelable une fois en cas de nouvel événement. La convention ne vise en aucun cas à financer un accompagnement prolongé, une ergothérapie occupationnelle ou une psychothérapie mais des soins précis et un soutien ponctuel, spécialisé et intensif. Un des critères de réussite est que le bénéficiaire, son aidant et les intervenants du réseau puissent assumer les soins et les aides. Si les besoins d'un patient augmentent soudainement, une révision de l'offre de soins est possible.

Voor de experimentele fase was onder andere als uitgangspunt bepaald dat de projecten tijdelijk waren en dat ze moesten worden aangepast op grond van de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek. De resultaten stelen op praktijken die in het kader van tal van projecten werden vastgesteld. Er worden systematisch aanbevelingen gedaan voor die praktijken. De meeste diensten zullen hun activiteiten vanaf september kunnen voortzetten, mits er aanpassingen worden doorgevoerd.

Le caractère temporaire des projets et la nécessité de les réorganiser en fonction des résultats de la recherche scientifiques faisaient partie des principes fondamentaux de la phase expérimentale. Les résultats s'appuient sur les pratiques observées dans de nombreux projets. Les recommandations sont systématiques pour ces pratiques. La plupart des services pourront maintenir leurs activités après septembre en les ajustant.

Dankzij de nieuwe overeenkomst zullen bepaalde interventies die niet door het wetenschappelijke team werden geëvalueerd omdat de steekproef te klein was, kunnen worden voortgezet. Ze zullen op bepaalde voorwaarden en op verzoek van de deelnemers via een aanhangsel kunnen worden ingepast. De overeenkomst zal overgangsmaatregelen kunnen bevatten.

La nouvelle convention permettra de poursuivre certaines interventions qui n'ont pas été évaluées par l'équipe scientifique en raison d'un échantillon trop restreint. Elles pourront être insérées par avenant sous conditions et à la demande des projets. La convention pourra inclure des mesures transitoires.

Het huidige voorstel behelst de verlenging van de 38 projecten van 31 augustus 2018 tot 31 december 2019: de deelnemers zullen hun projecten kunnen aanpassen, het RIZIV en de beslissingsinstanties zullen de kandidaturen voor de voortzetting van de P3-projecten kunnen bestuderen.

La proposition actuelle est de prolonger les 38 projets du 31 août 2018 au 31 décembre 2019: les projets pourront se réorganiser, l'INAMI et les instances de décision pourront examiner les candidatures pour la continuité des projets P3.

Er nemen vertegenwoordigers van de deelgebieden deel aan de RIZIV-werkgroep 'Nieuwe zorginitiatieven', die toezicht houdt op het beheer van de P3-projecten.

Des représentants des entités fédérées participent au groupe de travail "Nouvelles initiatives de soins" à l'INAMI supervisant la gestion des projets P3.

Het lokaal overleg met de geïntegreerde zorgprojecten, de mobiele teams voor geestelijke gezondheidszorg en de voorzieningen die naar aanleiding van de hervorming van de psychiatrie opgezet werden, is een van de belangrijkste taken die in de nieuwe overeenkomst aan de projecten werden toevertrouwd.

La concertation locale avec les projets de soins intégrés, les équipes mobiles en santé mentale et les structures mises en place par la réforme de la psychiatrie est l'une des missions principales des projets dans la nouvelle convention.

Aangezien Protocol nr. 3 het resultaat is van overleg tussen de Gemeenschappen, de Gewesten en de federale overheid, kan ik niet zomaar beslissen afhankelijk van de omstandigheden bevoegdheden en budgetten over te hevelen. Een aantal P3-projecten werden al overgedragen naar de deelgebieden. Aangezien de projecten die bij het RIZIV zijn gebleven, zeer heterogeen zijn, kan een deel van hun activiteiten echter onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen of de Gewesten vallen.

Om de continuïteit van de zorgverlening te waarborgen en een grondig onderzoek ernaar mogelijk te maken, heb ik het budget voor de P3-projecten een jaar lang beperkt. Ik wil ze voortzetten als ze beter wetenschappelijk onderbouwd zijn. De interministeriële conferentie zal zich tijdens deze overgangperiode over de bevoegdheidsverdeling moeten buigen.

We wilden ons er ook van verzekeren dat de projecten een aanzienlijke meerwaarde bieden voor de patiënten.

02.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Ik ben zeer blij met de voortzetting van de projecten. Zult u de forfaitaire financiering handhaven, of zult u op een financiering per verstrekking overstappen?

02.04 Minister Maggie De Block (*Frans*): Er komen geen wijzigingen op het stuk van de financiering.

02.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Zoveel te beter. Ik dring erop aan dat de overgang voor de projectteams vlot moet verlopen.

Ik dien een motie van aanbeveling in.

Men moet de nodige tijd uittrekken voor elke patiënt, de forfaitaire financiering handhaven en toezien op de transitie naar nieuwe evaluatie- en werkingsmodellen.

Moties

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

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Muriel Gerken en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Muriel Gerken

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken

Le Protocole 3 résultant d'une concertation entre Communautés, Régions et fédéral, je ne peux décider de transférer des compétences et des budgets au gré des circonstances. Une partie des projets P3 a déjà été transférée vers les entités fédérées. Cependant, les projets restés à l'INAMI étant très hétérogènes, une partie de leurs activités peut relever des compétences communautaires ou régionales.

Pour garantir la continuité des soins et en permettre un examen détaillé, j'ai limité le budget des projets P3 pendant un an et je veux les prolonger sur des bases scientifiques plus solides. La Conférence interministérielle devra se pencher sur la répartition des compétences dans cette période de transition.

On a également voulu s'assurer que les projets présentaient une plus-value importante pour les patients.

02.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Je suis ravie par la prolongation des projets. Gardez-vous le financement forfaitaire ou passez-vous à un financement à la prestation?

02.04 Maggie De Block, ministre (*en français*): Le financement ne sera pas modifié.

02.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Tant mieux! J'insiste sur la nécessité d'offrir une transition en douceur aux équipes des projets.

Je dépose une motion de recommandation.

Il faut assurer le temps nécessaire pour chaque patient, maintenir le financement au forfait et veiller à la transition vers les nouveaux modes d'évaluation et de fonctionnement.

Motions

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Muriel Gerken et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Muriel Gerken

et la réponse de la ministre des Affaires sociales et

en Volksgezondheid,

de la Santé publique,

verzoekt de regering;

demande au gouvernement:

- te zorgen voor de volledige financiering van de verpleegkundigen die voortaan de functie van casemanager zullen moeten uitoefenen in het kader van de Protocol 3-diensten;
 - ervoor te zorgen dat de patiënten gedurende voldoende tijd worden gevolgd;
 - de Protocol 3-diensten forfaitair te blijven financieren, zodat zowel de rechtstreekse verstrekkingen als de netwerkactivering kunnen worden gehandhaafd;
 - het overleg met het personeel en de zorgteams te intensiveren;
 - te zorgen voor een overgangsregeling naar de verwachte nieuwe evaluatie- en functioneringswijze."

- d'assurer le financement complet des infirmiers qui seraient rendus obligatoires pour la fonction de *case managers* dans les services Protocole 3;
 - d'assurer le suivi le temps nécessaire aux patients;
 - de poursuivre leur financement au forfait pour maintenir les prestations directes et avec le réseau;
 - d'intensifier les concertations avec les travailleurs et les équipes de suivi;
 - de veiller à la transition vers les nouveaux modes d'évaluation et de fonctionnement attendus."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

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

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

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

03 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neussprays" (nr. 25383)

03 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sprays nasaux" (n° 25383)

03.01 Karin Jiroflée (sp.a): Door de overheveling van de nasale corticosteroïden van categorie B naar categorie Cx zijn neussprays duurder geworden. De minister wil dit oplossen door via een besluit die neussprays een dubbel statuut te geven, waardoor ze zowel mét als zonder voorschrift verkrijgbaar zijn. De patiënt zou daardoor ook door de maximumfactuur beschermd zijn. Wanneer wordt dit besluit van kracht?

03.01 Karin Jiroflée (sp.a): Le coût des sprays nasaux a augmenté pour les patients depuis le transfert des corticostéroïdes nasaux de la catégorie B vers la catégorie Cx. La ministre souhaite remédier au problème en promulguant un arrêté octroyant un double statut à ces médicaments, grâce auquel ils pourront être obtenus avec ou sans prescription. De plus, le patient serait ainsi protégé dans le cadre du maximum à facturer. À quelle date cet arrêté entrera-t-il en vigueur?

03.02 Minister Maggie De Block (Nederlands): Mevrouw Jiroflée is blijkbaar geobsedeerd door neussprays!

03.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Mme Jiroflée est apparemment obsédée par les sprays nasaux!

Ik heb hierop reeds geantwoord in mijn antwoord op vraag nr. 24760 van juffrouw Van Camp. Het besluit is op 1 april 2017 van kracht geworden.

J'ai déjà communiqué cette information dans ma réponse à la question n° 24760 de Mlle Van Camp. L'arrêté concerné est entré en vigueur le 1^{er} avril 2017.

03.03 Karin Jiroflée (sp.a): Dan was mijn informatie blijkbaar onvolledig.

03.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mes informations étaient visiblement incomplètes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Samengevoegde vragen van - de heer Raoul Hedebouw aan de minister van

04 Questions jointes de - M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires

Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 25418)
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 26150)

sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 25418)
- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 26150)

04.01 Marco Van Hees (PTB-GO!): Volgens de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten zet de terugbetaling van geneesmiddelen aan de farmaceutische industrie de begroting van de ziekteverzekering onder druk en kost een en ander 267 miljoen euro. Dat is voornamelijk te wijten aan het systeem van artikel 81-overeenkomsten, die met de farmabedrijven worden gesloten voor de terugbetaling van innovatieve medicijnen die therapeutische voordelen bieden of waarvan de budgettaire effecten onzeker zijn. Dat mechanisme wordt door het KCE, de ziekenfondsen en de academische kringen bekritiseerd.

04.01 Marco Van Hees (PTB-GO!): Selon la Mutualité chrétienne, le remboursement des médicaments à l'industrie pharmaceutique alourdit le budget de l'assurance maladie de 267 millions d'euros. Le principal responsable en est le système de conventions "article 81" conclues avec ces firmes pour le remboursement d'un médicament innovant aux bénéfices thérapeutiques ou aux effets budgétaires incertains, mécanisme critiqué par le KCE, les mutualités et le monde académique.

De bijlagen van die overeenkomsten met de afgesproken prijsvermindering zijn uiterst geheim. Daardoor kan men niet achterhalen of de afgesproken prijzen in overeenstemming zijn met de meerwaarde van de betrokken producten.

Les annexes contenant la réduction de prix négociée sont ultra-secrètes, ce qui empêche de vérifier si les prix négociés sont cohérents avec la valeur ajoutée du produit.

Sinds enkele jaren worden er steeds meer artikel 81-overeenkomsten gesloten, waarmee steeds grotere bedragen gemoeid zijn.

Depuis quelques années, ces conventions se multiplient et impliquent des montants de plus en plus élevés.

Bevestigt u dat er over 1 miljard euro werd genegotieerd? Hoe verklaart u de stijging van de terugbetalingen voor artikel 81-medicijnen? Voor hoeveel van die medicijnen werd de therapeutische meerwaarde aangetoond? Welk gevolg heeft u gegeven aan de voorstellen van het KCE om dit systeem te verbeteren?

Confirmez-vous le chiffre d'un milliard d'euros négociés? Comment expliquez-vous cette augmentation du remboursement des médicaments "article 81"? Pour combien de médicaments a-t-on prouvé une plus-value thérapeutique? Quelles suites avez-vous données aux propositions du KCE pour améliorer ce système de conventions?

04.02 Minister Maggie De Block (*Frans*): De artikel 81-overeenkomsten hebben als doel om innovatieve geneesmiddelen tegen een redelijke prijs beschikbaar te maken voor de patiënt. Het is één van de instrumenten om de begroting onder controle te houden.

04.02 Maggie De Block, ministre (*en français*): L'objectif des conventions est l'accès des patients à des médicaments innovants à un coût acceptable. Elles sont l'un des instruments permettant de garder le budget sous contrôle.

De uitgaven voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor er een overeenkomst werd gesloten kunnen niet los gezien worden van het geneesmiddelenbudget. Uw cijfers kloppen niet.

Les dépenses effectuées pour des spécialités pharmaceutiques sous contrat ne peuvent pas être considérées séparément du budget médicaments. Vos chiffres sont inexacts.

De reden dat er meer overeenkomsten worden gesloten tussen het RIZIV en de farmaceutische bedrijven is dat sommige overeenkomsten tijdelijk worden ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, maar nog opnieuw moeten worden geëvalueerd, omdat er nog bepaalde onzekerheden bestaan. Volgens de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen

L'augmentation du nombre de conventions entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques s'explique par le fait que certaines conventions sont temporairement inscrites sur la liste des remboursements mais doivent encore être ré-évaluées étant donné qu'il reste certaines incertitudes. Selon la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM),

(CTG) worden er bij het Europese Geneesmiddelenagentschap vaak dossiers ingediend op grond van fase II-studies of waarvoor er nog onzekerheid bestaat over de budgettaire impact.

Alvorens de onderhandelingen met betrekking tot een farmaceutische specialiteit aan te vatten, maakt de CTG, die een onafhankelijke instantie is, een evaluatie. Als het gaat over een specialiteit waarvoor de farmaceutische firma een therapeutische meerwaarde claimt, wordt er gestemd over het al dan niet erkennen van die meerwaarde. Doorgaans stelt de CTG een prijs voor. Die meerwaarde werd in de meeste gevallen door de CTG erkend.

De vertrouwelijkheid van de informatie is van essentieel belang voor de farmaceutische sector. De procedure werd door mevrouw Onkelinx in 2010 ingevoerd, naar het voorbeeld van wat er in de buurlanden bestond.

Alle landen onderhandelen over overeenkomsten om een lagere prijs te bedingen dan de prijs die zou worden gevraagd indien de producten op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten zouden staan. Op die manier kunnen deze geneesmiddelen tegen voor de overheid lagere kosten worden aangeboden. Tijdens deze zittingsperiode is er dankzij dergelijke overeenkomsten al bijna 500 miljoen euro bespaard.

Gezien het toenemende aantal innovatieve geneesmiddelen die sneller door het EMA worden goedgekeurd, zal er een alternatief financieringssysteem nodig zijn. Dit wordt momenteel besproken onder de landen die zich bij het BeNeLuxA-initiatief hebben aangesloten om onder andere samen te onderhandelen over de prijzen van geneesmiddelen.

Ik sta hiervoor open, maar de geraadpleegde experts kunnen geen alternatief aanreiken waarbij de patiënten dezelfde toegang hebben tot innovatieve geneesmiddelen. Internationale samenwerking biedt wel een mogelijkheid.

Ik heb het rapport van het KCE aandachtig gelezen. Er moet rekening gehouden worden met het aspect 'concrete behoefte'. Ik zet het gezamenlijke project inzake horizonverkenning of *horizon scanning* met onze buurlanden en Oostenrijk en Ierland voort. We zullen de behoeften beter kunnen inschatten en een portefeuillebenadering kunnen gaan hanteren in het kader van ons geneesmiddelenbeleid.

Het is nog te vroeg om die interessante pistes in

souvent, des dossiers sont introduits à l'Agence européenne avec des études en phase 2 ou avec une incertitude budgétaire.

Avant de commencer les négociations sur une spécialité pharmaceutique, la CRM, qui est indépendante, procède à une évaluation. S'il s'agit d'une spécialité pour laquelle la firme revendique une plus-value thérapeutique, un vote a lieu afin d'octroyer ou non cette plus-value à la spécialité concernée. Généralement, la CRM formule une proposition de prix. Dans la majorité des cas, une plus-value a été reconnue par la CRM.

La confidentialité des données est essentielle pour l'industrie pharmaceutique. Le système a été introduit en 2010 par Mme Onkelinx, à l'image de ce qui existait dans nos pays voisins.

Tous les pays ont un tel système de négociation de contrats qui permet d'obtenir un prix plus bas que celui qui serait pratiqué si les produits étaient inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et offrir ainsi l'accès à ces thérapies à moindre coût pour les pouvoirs publics. Ces conventions ont permis d'économiser près de 500 millions d'euros sur cette législature.

Vu le nombre croissant de médicaments innovants acceptés plus rapidement par l'EMA, il faudra un système de financement alternatif. Nous en parlons avec les pays qui ont rejoint l'accord Benelux pour négocier ensemble les prix des médicaments, entre autres.

Je suis ouverte à ce sujet mais les experts consultés n'ont pas d'alternative offrant aux patients les mêmes accès à l'innovation. Par contre, via une coopération internationale, il y a une piste.

J'ai lu avec attention le rapport du KCE. Il faut prendre en considération l'élément "besoin concret". Grâce au concept de l'exploration de l'horizon ou *horizon scanning*, je poursuis cette initiative de coopération avec les pays voisins et l'Autriche et l'Irlande. Nous pourrions mieux cibler les besoins et installer une approche de portefeuille dans notre politique des médicaments.

Nous ne sommes pas encore prêts à implémenter

ons systeem te integreren, aangezien de rest nog moet evolueren.

04.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): De industrie ziet zich genoodzaakt artikel 81 als een paard van Troje te gebruiken om snel toegang te krijgen tot de geneesmiddelenmarkt. De vertrouwelijke afspraken zorgen mijns inziens voor een gebrek aan transparantie en hebben vaak geen positieve uitwerking op de prijzen, temeer daar u dicht bij de farmaceutische industrie staat.

Er bestaan alternatieven, die in het rapport van het KCE vermeld worden. Voorts zijn er de dwanglicenties.

Met die regeling verplicht de Staat een bedrijf om een licentie van een uiterst belangrijk medicijn toe te kennen aan een ander bedrijf dat er een goedkope versie van mag ontwikkelen, in ruil voor een schadevergoeding aan de octrooihouder.

04.04 Minister Maggie De Block (Frans): Er zijn twee voorwaarden. Ten eerste moet er een gevaar zijn voor de volksgezondheid. Dat is niet altijd het geval.

04.05 Marco Van Hees (PTB-GO!): Enerzijds zegt u dat u levens redt dankzij uw geheime overeenkomsten met de industrie, en anderzijds beweert u dat er geen gevaar is.

04.06 Minister Maggie De Block (Frans): Het verkrijgen van een licentie is afhankelijk van enkele voorwaarden.

04.07 Marco Van Hees (PTB-GO!): Om die voorwaarden in overweging te nemen, moet men echter de optie zelf overwegen!

04.08 Minister Maggie De Block (Frans): De voorwaarden worden gesteld om zoveel andere mogelijkheden om medicijnen te verkrijgen, uit te sluiten.

04.09 Marco Van Hees (PTB-GO!): U zou de voornoemde optie eerst moeten overwegen om vervolgens na te gaan onder welke voorwaarden ze al dan niet toepasbaar is. Er zullen gevallen zijn waarin dat niet mogelijk is, maar ook situaties waarin het wel doenbaar is. Die optie werd door India bestudeerd. België zou dat ook kunnen doen.

Is het mogelijk om een gedetailleerd overzicht te krijgen van de besparing ten belope van een half miljard, ondanks de vertrouwelijkheid van de cijfers?

ces scenarii intéressants dans notre système, le reste devant encore évoluer.

04.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): L'article 81 doit être utilisé comme cheval de Troie par l'industrie pour un accès rapide au marché des médicaments. La confidentialité me semble manquer de transparence et n'est pas souvent positive sur les prix, surtout au vu de votre proximité avec l'industrie pharmaceutique.

Des alternatives existent, mentionnées dans le rapport du KCE. Il y a aussi les licences contraignantes.

Par ce dispositif, l'État oblige une entreprise à octroyer la licence d'un médicament essentiel à une autre entreprise produisant à bon marché, en échange d'un dédommagement du détenteur du brevet.

04.04 Maggie De Block, ministre (en français): Il y a deux conditions. La première est l'existence d'un danger pour la santé publique. Ce n'est pas toujours le cas.

04.05 Marco Van Hees (PTB-GO!): D'un côté, vous dites que, grâce à vos accords secrets avec l'industrie, vous sauvez des vies et de l'autre, vous prétendez qu'il n'y a pas de danger.

04.06 Maggie De Block, ministre (en français): L'obtention d'une licence repose sur certaines conditions.

04.07 Marco Van Hees (PTB-GO!): Mais pour envisager ces conditions, il faut envisager la piste!

04.08 Maggie De Block, ministre (en français): Les conditions sont là pour exclure tant d'autres possibilités d'avoir des médicaments.

04.09 Marco Van Hees (PTB-GO!): Vous devriez d'abord envisager cette piste pour voir, ensuite, dans quelles conditions on peut ou non le faire. S'il y a des cas où cela ne peut être fait, il y a des cas pour lesquels on peut le faire. Cette piste est explorée par l'Inde. La Belgique pourrait le faire aussi.

Y a-t-il possibilité d'avoir le détail du demi-milliard d'économies, malgré la confidentialité des chiffres?

04.10 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Alles is geteld.

04.10 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Tout est compté.

04.11 **Marco Van Hees** (PTB-GO!): Dát is het!

04.11 **Marco Van Hees** (PTB-GO!): C'est cela!

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenverpakkingen" (nr. 25517)**

05 **Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le paquet de cigarettes neutre" (n° 25517)**

05.01 **Daniel Senesael** (PS): Heel wat landen hebben het gebruik van neutrale sigarettenverpakkingen opgelegd. In november 2016 leek u bereid om die maatregel nog tijdens deze legislatuur in te voeren.

05.01 **Daniel Senesael** (PS): De nombreux pays ont adopté le paquet de cigarettes neutre. En novembre 2016, vous sembliez prête à l'instaurer sous cette législature.

Hoe staat het met de reflectie hierover? Zal die maatregel nog vóór het einde van de legislatuur worden ingevoerd? Zo ja, wanneer?

Où en êtes-vous dans la réflexion? Aura-t-on droit au paquet neutre d'ici la fin de la législature? Si oui, quand?

05.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Verscheidene maatregelen van het antitabaksplan zijn verwezenlijkt: het terugdringen van het aantal dagelijkse rokers in 2018 naar 18%, het duurder maken van tabak, het beperken van de vraag, het toegankelijker maken van behandelingen, het beperken van het aanbod en het beschermen tegen passief roken.

05.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Plusieurs mesures du plan antitabac ont été réalisées: l'objectif de 18 % de fumeurs quotidiens en 2018, rendre le tabac plus cher, limiter la demande, rendre les traitements plus accessibles, limiter l'offre et protéger du tabagisme passif.

Ik ben nog steeds bereid om voor het einde van deze zittingsperiode standaardverpakkingen in te voeren. Ik wacht hiervoor echter op de eerste analyses van deze maatregel in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk.

Ma volonté de mettre en œuvre les paquets standardisés avant la fin de la législature reste entière. Avant de finaliser ce dossier, je souhaite bénéficier des premières analyses de cette mesure en France et au Royaume-Uni.

Mijn diensten hebben al wetgevende ontwerp teksten opgesteld, die de komende weken in de regering zullen worden besproken. Mijn administratie zal ook de stakeholders raadplegen. Er heeft al overleg plaatsgevonden.

Mes services ont déjà rédigé des projets de textes législatifs. Ce sera discuté au gouvernement dans les prochaines semaines. Mon administration se chargera également d'organiser une consultation des *stakeholders* concernés. Des concertations ont déjà eu lieu.

05.03 **Daniel Senesael** (PS): Enkele maanden geleden was het al een kwestie van "enkele weken". Ik hoop dat u nog voor het reces met een formele maatregel komt.

05.03 **Daniel Senesael** (PS): Il y a plusieurs mois, vous nous parliez déjà de "quelques semaines". J'espère qu'avant les vacances, nous pourrons voir une mesure se formaliser.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische beeldvorming (opvolging)" (nr. 25538)**

06 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imagerie médicale (suite)" (n° 25538)**

06.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik zou graag meer duiding krijgen bij de antwoorden die de

06.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Je souhaiterais que la ministre explicite davantage les réponses

minister gaf op mijn schriftelijke vraag nr. 23759. Wanneer zal het resultaat van de audit naar de impact van het tweede protocolakkoord er zijn? Wanneer zal de omzetting van de Euratomrichtlijn door het FANC afgerond zijn? Is het KB over de medische beeldvorming al klaar? Welke instantie zal instaan voor het onderzoek naar de meerwaarde van bloedtest ten opzichte van CT-scans? De minister zegt dat er hard wordt gewerkt aan de introductie van *decision support tools*, zoals het opzetten van proefstudies. Over welke timing spreken we? Over welke *decision support tools* gaat het precies? Welke maatregelen zijn in het nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen afgesproken om de overconsumptie tegen te gaan?

06.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De analyses van de Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) liepen vertraging op door fouten in de gegevens die de dienst van de verzekeringsinstellingen ontving. De DGEC beschikt ondertussen over de juiste gegevens. Het finale auditrapport zou begin juni klaar zijn, waarna het wordt besproken door de interkabinettenwerkgroep Medische Beeldvorming.

Het FANC valt onder de bevoegdheid van minister Jambon, maar heeft mij meegedeeld dat het KB ter herziening van het reglementaire kader inzake stralingsbescherming, op basis van de Euratomrichtlijn, in de komende maanden klaar zal zijn.

In verband met de meerwaarde van bloedtests is het de taak van de Technische Geneeskundige Raad om een voorstel tot terugbetaling op te maken. Dat is nog niet gebeurd. In 2016 publiceerde het KCE een onderzoek over de rol van biomarkers bij het uitsluiten van hersenletsel bij mild schedeltrauma. Een nieuw onderzoek is nog niet aan de orde.

Een werkgroep met leden van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FANC en experts uit de sector bereiden een *proof of concept* genaamd iGuide voor, waarmee wij in de tweede helft van dit jaar willen starten. Het bestaat uit een technische haalbaarheidstest en een meting van het effect op het voorschrijfgedrag. Verschillende werkgroepen buigen zich over de implementatie in ziekenhuizen en de eerste lijn. Er komt ook een communicatieplan voor de voorschrijvers. Er is nog geen sprake van de introductie van andere *decision support tools* in andere domeinen dan de medische beeldvorming. De ervaringen met iGuide zullen uitwijzen of we verder kunnen gaan.

qu'elle a données à ma question écrite n° 23759. Quand disposerons-nous du résultat de l'audit sur l'incidence du deuxième protocole d'accord? Quand l'AFCN aura-t-elle achevé la transposition de la directive Euratom? L'arrêté royal relatif à l'imagerie médicale est-il déjà prêt? Quelle autorité sera chargée de l'examen de la plus-value du test sanguin par rapport aux CT-scans? La ministre dit que l'on s'active à l'introduction d'outils d'aide à la décision tels que la réalisation d'études pilotes. Quel est le calendrier prévu? De quels outils d'aide à la décision s'agit-il précisément? Quelles mesures ont-elles été décidées dans l'accord national médico-mutualiste en vue de lutter contre la surconsommation?

06.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) a pris du retard dans les analyses qu'il a effectuées, et ce, en raison d'erreurs dans les données reçues des organismes assureurs. Le SECM dispose entre-temps des données exactes. Le rapport d'audit final devait être prêt début juin, après quoi il en serait débattu au sein du groupe de travail interministériel Imagerie médicale.

L'AFCN tombe sous les compétences du ministre Jambon. Celui-ci m'a indiqué que l'arrêté royal révisant le cadre réglementaire relatif à la protection contre les rayonnements, sur la base de la directive Euratom, sera prêt au cours des mois à venir.

À propos de la plus-value des analyses sanguines, il appartient au Conseil technique médical de rédiger une proposition de remboursement. Il ne l'a pas encore fait. En 2016, le KCE a publié les résultats d'une étude portant sur le rôle des biomarqueurs pour exclure l'hypothèse de lésions cérébrales en cas de traumatisme crânien léger. La réalisation d'une nouvelle étude n'est pas encore d'actualité.

Un groupe de travail réunissant des membres du SPF Santé publique, de l'INAMI, de l'AFCN et des experts du secteur prépare actuellement une démonstration de faisabilité, intitulée iGuide, que nous souhaitons initier au cours du second semestre de cette année. Elle comporte un test de faisabilité technique, ainsi qu'une mesure des effets sur le comportement en matière de prescription. Plusieurs groupes de travail planchent sur sa mise en œuvre dans des hôpitaux et dans le cadre des soins de première ligne. Un plan de communication sera également proposé aux médecins prescripteurs. Pour l'heure, l'introduction d'autres outils d'aide à la décision dans d'autres domaines que celui de l'imagerie médicale n'est pas

De Medicomut buigt zich momenteel over de financiële responsabilisering van voorschrijvers, een onderdeel van het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019. Volgende week worden de principes geconcretiseerd. Artsen die veel voorschrijven, zullen onder monitoring worden geplaatst. Zij zullen ook individuele feedback krijgen over hun voorschrijfgedrag inzake radiologische verstrekkingen.

06.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): De minister antwoordt wel uitgebreid, maar ik moet vaststellen dat de molen erg langzaam maalt.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de paper van Voka" (nr. 25543)

07.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): De werkgeversorganisatie Voka maakte een analyse van de zorguitgaven in België in vergelijking met het Europees gemiddelde. In die paper staan ook drie voorstellen die getuigen van *out of the box* denken: de afschaffing van de deconventionering zodat zorgverstrekkers zich altijd aan de officiële tarieven moeten houden, zorg zonder meerwaarde moet door de burger zelf zou worden betaald en de invoering van een soort verplichte franchise bij curatieve zorg ter waarde van 177 euro, waarbij de vrijgekomen middelen naar de maximumfactuur voor ouderen en thuiszorg zouden verschuiven. Hoe oordeelt de minister over deze denksporen?

07.02 Minister Maggie De Block (Nederlands): Ik werk gestaag aan hervormingen binnen onze gezondheidszorg. Een aantal van de ideeën van Voka ben ik zelfs al aan het uitvoeren, zoals de ziekenhuisnetwerken met een taakverdeling, een gebundelde financiering voor de laagvariabele zorg, het plan Evidencebased *practice*, maatregelen tegen overconsumptie, hervorming van de zorg voor chronisch zieken, *pay-for-quality* in de ziekenhuisfinanciering, eGezondheidstoepassingen, de ziekenfondsen die evolueren naar gezondheidsfondsen, patiënteninzage in de gezondheidsgegevens en het gebruik van apps.

envisagée. Les résultats des expériences menées avec l'iGuide montreront s'il est possible d'aller plus loin dans ce domaine.

La Médico Mut se penche actuellement sur la responsabilisation financière des prescripteurs, un mécanisme faisant partie de l'accord 2018-2019 entre les médecins et les mutualités. Les principes seront matérialisés d'ici à la semaine prochaine. Les médecins prescrivant beaucoup feront l'objet d'un monitoring. Ils recevront également un feedback individuel en ce qui concerne leur comportement prescripteur de prestations radiologiques.

06.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La réponse de la ministre est, certes, très circonstanciée mais je dois constater que la situation n'évolue que très lentement.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Voka" (n° 25543)

07.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): L'organisation patronale Voka a analysé les dépenses en matière de soins en Belgique et a comparé ces dernières à la moyenne européenne. Cette étude comporte également trois propositions qui témoignent d'un mode de réflexion novateur: il s'agirait de supprimer le déconventionnement pour que les prestataires de soins soient toujours tenus de respecter les tarifs officiels, de faire payer au citoyen les soins sans valeur ajoutée et d'instaurer une sorte de franchise obligatoire de 177 euros pour les soins curatifs, les moyens ainsi dégagés pouvant servir à alimenter le système du maximum à facturer ainsi que les soins à domicile. Quelle est la position de la ministre par rapport à ces pistes de réflexion?

07.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): J'œuvre constamment à des réformes dans le cadre de nos soins de santé. Je suis personnellement déjà en train de mettre en œuvre un certain nombre d'idées du Voka, comme les réseaux d'hôpitaux se répartissant les tâches, un financement couplé pour les soins à faible variabilité, le plan *Evidence-based practice*, des mesures de lutte contre la surconsommation, la réforme des soins aux malades chroniques, le *pay-for-quality* dans le financement des hôpitaux, les applications en matière d'eSanté, l'évolution des mutuelles vers des fonds de santé, l'accès aux patients des données concernant leur santé et l'utilisation d'apps.

Voka stelt een verplichte conventionering voor, maar dat werkt niet. Ik wil zorgverstrekkers overhalen om zich te conventioneren zodat er een voldoende groot aanbod is. Ik heb ook al hard gewerkt aan het terugdringen van de ereloonsupplementen. De zorgtoegankelijkheid is, zo blijkt ook uit onderzoek, voldoende gegarandeerd en ik wil dat zo houden.

De toetsing van de zorg op zijn wetenschappelijke meerwaarde behoort tot de opdracht van de overlegorganen, waarbij een groot belang wordt gehecht aan evidencebased *practice*. Mijn actieplan Doelmatige zorg gaat dan weer na of de aangeboden zorg doelmatig is en verantwoord wordt gebruikt.

Inzake de verplichte franchise voor de patiënten wil ik benadrukken dat de curatieve zorg betaalbaar houden een mijn beleidsprioriteiten is.

07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik geloof niet dat verplichte conventionering niet kan werken. Overigens is de toegankelijkheid van onze zorg onvoldoende gegarandeerd. Uit onderzoek blijkt immers dat de gezondheidskloof alleen maar groter wordt.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsenquête" (nr. 25545)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): De recentste editie van de gezondheidsenquête dateert al van 2013. Blijkbaar zou de nieuwe nu lopen, met onder meer metingen van de BMI en de buikomtrek. Momenteel gebruikt men gegevens van meer dan vijf jaar oud om de problematiek van overgewicht en obesitas in kaart te brengen. Onze fractie heeft er reeds vaker gepleit om een betere gegevensontsluiting mogelijk te maken.

Hoe ver staat het met de enquête? Hoeveel mensen zijn op dit moment daarbij vertegenwoordigd? Zijn de eerste resultaten al beschikbaar? Wat is de timing voor de definitieve oplevering? Waarom is er niet elk jaar of op zijn minst tweejaarlijks een gezondheidsenquête?

08.02 Minister Maggie De Block (Nederlands): De fase waarin de data worden verzameld, is gestart in januari 2018 en loopt tot december 2018. Het is de bedoeling om interviews af te nemen van 11.300 mensen uit 6.500 gezinnen. Het

Le Voka propose un conventionnement obligatoire mais cela ne fonctionne pas. Je voudrais inciter les prestataires de soins à se conventionner de manière à ce que l'offre soit suffisamment large. J'ai aussi déjà œuvré avec force à la diminution des suppléments d'honoraires. L'accès aux soins est, comme le montre l'enquête, suffisamment bien garanti et j'entends qu'il le reste.

L'évaluation de la plus-value scientifique des soins est une mission qui incombe aux organes de concertation, lesquels accordent énormément d'importance à l'EBP. Mon plan d'action Soins efficaces vérifie ensuite l'efficacité et l'utilisation adéquate des soins dispensés.

En ce qui concerne la franchise obligatoire pour le patient, je m'empresse de souligner que l'une de mes priorités politiques consiste à préserver l'accessibilité des soins curatifs.

07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Je ne crois pas à l'inefficacité d'un conventionnement obligatoire. De plus, l'accessibilité des soins n'est pas suffisamment garantie. Les résultats d'études démontrent en effet que la fracture sanitaire ne cesse de se creuser.

L'incident est clos.

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de santé" (n° 25545)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La dernière édition de l'enquête de santé remonte déjà à 2013. Une nouvelle enquête est apparemment en cours de réalisation et comprendrait notamment des mesures de l'IMC et du tour de taille. L'identification du problème de l'obésité et du surpoids repose sur des données de plus de cinq ans. Notre groupe a déjà plaidé à plusieurs reprises en faveur d'une amélioration de l'accès aux données.

Quel est l'état d'avancement de l'enquête de santé? Combien de personnes y sont-elles actuellement représentées? Les premiers résultats sont-ils déjà disponibles? Quel est le calendrier pour la présentation des résultats définitifs? Pourquoi une enquête de santé n'est-elle pas organisée annuellement ou au moins bisannuellement?

08.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): La phase de récolte des données a débuté en janvier 2018 et durera jusqu'en décembre prochain. L'objectif consiste à interviewer 11 300 personnes issues de 6 500 familles. Le Registre national est

Rijksregister wordt gebruikt als steekproefkader. Op 18 mei waren er al 3.228 interviews afgenomen.

De eerste data lopen momenteel bij Sciensano binnen, maar de analyse zal ten vroegste op het eind van dit jaar kunnen beginnen. Gedurende de tweede helft van 2019 volgt de publicatie van die resultaten.

Bij het onderdeel Health Examination Survey stond de teller op 3 juni op 372 toestemmingen, waarvan 144 onderzoeken al werden uitgevoerd en 72 afspraken werden vastgelegd.

Een dergelijke gezondheidsenquête kost 1,8 miljoen euro. Het gaat om niet-overdraagbare en chronische aandoeningen. De determinanten en de zorgdientvragen zijn een bijzonder aandachtspunt van de gezondheidsenquête. Aangezien dit domein relatief langzaam evolueert, is het eigenlijk niet nodig om die enquêtes sneller op elkaar te laten volgen.

Wij volgen de aanbevelingen van Eurostat, dat aanraadt de gezondheidsenquêtes om de zes jaar te houden. Dat laat ook toe om verschillende enquêtes in verband met beleid beter op elkaar af te stemmen.

Het gaat om een evenwicht tussen kosten en baten, want de enquêtes vragen veel werk, veel personeel en veel middelen. De gezondheidsenquête wordt gefinancierd met federale en regionale middelen.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Plan Medische Hulpmiddelen" (nr. 25547)

09.01 Karin Jiroflée (sp.a): De geneesmiddelensector is in heel Europa terecht streng gereguleerd. Medische hulpmiddelen, waaronder de implantaten, zijn dat veel minder. Naar aanleiding van ernstige problemen met heup- en borstimplantaten in 2010 en 2011 heeft minister Onkelinx het Plan Medische Hulpmiddelen uitgewerkt. Dat resulteerde in de wet van 15 december 2013.

Er is nog steeds geen regeling inzake de traceerbaarheid van implantaten, hoewel dat wel in de wet staat. Die bepaalt dat een arts die een medisch hulpmiddel implanteert, verwijdt of vervangt, de relevante gegevens aan het FAGG moet meedelen met het oog op registratie in een

utilisé comme base de sondage. Un total de 3 228 interviews ont déjà eu lieu au 18 mai.

Sciensano reçoit actuellement les premières données, mais l'analyse ne pourra commencer au plus tôt qu'à la fin de l'année. Les résultats seront publiés au deuxième semestre 2019.

Pour la partie Health Examination Survey, 372 autorisations avaient déjà été délivrées au 3 juin, dont 144 ont déjà débouché sur des examens et 72, sur des rendez-vous.

Une enquête de santé de ce type coûte 1,8 million d'euros et concerne les affections non transmissibles et chroniques. Les déterminants et les questions relatives aux services de soins constituent un axe particulièrement important de l'enquête. Étant donné l'évolution relativement lente observée dans ce domaine, il n'est pas nécessaire que ces enquêtes se succèdent à un rythme plus rapide.

Nous suivons les recommandations d'Eurostat qui conseille d'organiser des enquêtes de santé tous les six ans, ce qui permet également de mieux harmoniser les différentes enquêtes en lien avec la politique.

Il s'agit de réaliser un équilibre entre les coûts et les bénéfices car les enquêtes nécessitent beaucoup de travail, de personnel et de moyens. L'enquête de santé est financée par le fédéral et les Régions.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan Dispositifs Médicaux" (n° 25547)

09.01 Karin Jiroflée (sp.a): Le secteur des médicaments est, à juste titre, soumis à une réglementation stricte dans l'ensemble de l'Europe. Les dispositifs médicaux, dont les implants, le sont nettement moins. À la suite de problèmes graves concernant des prothèses mammaires et de hanche, survenus en 2010 et 2011, la ministre Onkelinx avait élaboré le Plan Dispositifs Médicaux. Celui-ci a donné lieu à la loi du 15 décembre 2013.

Bien que la loi la prévoit, il n'existe toujours pas de réglementation relative à la traçabilité des implants. Conformément à cette loi, le médecin qui procède à l'implantation, au retrait ou remplacement d'un dispositif médical implantable, est tenu de communiquer les données pertinentes à l'AFMPS

gegevensbank.

en vue de leur enregistrement dans une base de données.

Welke uitvoeringsmaatregelen van de wet van 15 december 2013 worden nog verwacht? Wanneer zal de verplichte traceerbaarheid van implanteerbare medische hulpmiddelen definitief uitgewerkt zijn? Wanneer komen de KB's er? Voor welke categorieën van implanteerbare medische hulpmiddelen zal de verplichte traceerbaarheid gelden? Wanneer zal de wet geëvalueerd worden?

Quelles mesures d'exécution de la loi du 15 décembre 2013 sont-elles encore attendues? Quand la traçabilité obligatoire des dispositifs médicaux implantables sera-t-elle définitivement mise en place? Quand les arrêtés royaux seront-ils pris? À quelles catégories de dispositifs médicaux implantables la traçabilité s'appliquera-t-elle? Quand la loi sera-t-elle soumise à une évaluation?

09.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Sinds 2014 traceren sommige ziekenhuizen vrijwillig implantaten. Om andere ziekenhuizen te helpen dat ook te doen, wordt er gewerkt aan een bijkomende manier om die gegevens naar het traceerbaarheidsregister door te sturen. Dat systeem zal met testziekenhuizen worden uitgetest en als alles goed verloopt, wordt het veralgemeend. Dit jaar komt er nog een KB ter zake. De verplichte traceerbaarheid zal gelden voor tien types van implantaten.

09.02 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Depuis 2014, certains hôpitaux assurent, sur une base volontaire, la traçabilité des implants. Afin d'aider d'autres établissements hospitaliers à en faire de même, nous réfléchissons actuellement à une méthode complémentaire pour transférer ces données vers le registre de traçabilité. Le système sera testé dans des hôpitaux tests et si tout se passe correctement, il sera ensuite généralisé. Un arrêté royal à ce sujet sera encore promulgué cette année. La traçabilité obligatoire concernera dix types d'implant.

Het FAGG heeft een systeem uitgewerkt voor autocontrole in de sector van de medische hulpmiddelen, waarbij elke actor verantwoordelijkheid neemt voor de kwaliteit en de veiligheid van medische hulpmiddelen. Eerst zal het FAGG alle actoren op de Belgische markt in kaart brengen. Daarna zullen ze instructies krijgen om gegevens uit te wisselen over hun producten. Die gegevens zullen aan een risicoanalyse worden onderworpen.

L'AFMPS a développé un système d'autocontrôle dans le secteur des dispositifs médicaux, en vertu duquel chaque acteur assume la responsabilité de la qualité et de la sécurité des dispositifs médicaux. Dans un premier temps, l'AFMPS dressera l'inventaire de tous les acteurs présents sur le marché belge. Ceux-ci recevront ensuite des instructions relatives à l'échange de données sur leurs produits. Ces données seront soumises à une analyse de risques.

Verder is het FAGG intensief bezig met de implementatie van de nieuwe Europese regelgeving, die de kwaliteitsnormen verhoogt. Het FAGG zet ook in op communicatie en sensibilisering van de actoren.

Par ailleurs, l'AFMPS s'active à la mise en oeuvre de la nouvelle législation européenne qui renforce les normes de qualité et s'investit également dans la communication et la sensibilisation des acteurs.

Maandelijks worden alle dossiers geëvalueerd door mijn beleidscel.

Tous les dossiers sont évalués chaque mois par ma cellule stratégique.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Elaprasediprison bij Hunter" (nr. 25548)

10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'Elaprasediprison dans le cadre de la maladie de Hunter" (n° 25548)

10.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): De terugbetaling van de behandeling met Elaprasediprison voor nieuwe patiëntjes, staat on hold. Wat is de stand van zaken?

10.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Le remboursement de l'Elaprasediprison pour le traitement de nouveaux jeunes patients a été suspendu. Qu'en est-il précisément?

10.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Ik

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

heb de aanvraag van het bedrijf Shire voor een terugbetaling van Elaprase voor nieuwe patiënten positief beoordeeld. De nieuwe terugbetalingsvoorwaarden treden in werking op 1 juli 2018.

Het incident is gesloten.

11 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de psychologische hulp" (nr. 25561)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van consultaties bij de eerstelijnspsycholoog" (nr. 25576)

11.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): In mei heeft de regering de terugbetaling van consultaties bij een psycholoog goedgekeurd. Ik ben tevreden over het principeakkoord, maar heb toch een aantal vragen.

Waarom wordt het recht op terugbetaling gekoppeld aan een voorschrift van de huisarts of psychiater? Ik vind het ook vreemd dat de financiering van een eerstelijnszorg via de ziekenhuisfinanciering zal verlopen. Waarom heeft de minister voor dit financieringsmodel gekozen?

Het budget zou 22,5 miljoen euro per jaar bedragen. Klopt dat? Gaat het over een gesloten enveloppe? Daardoor kan de minister het bedrag onder controle houden, maar dreigt wel het risico dat mensen tegen het jaareinde niet meer geholpen kunnen worden omdat de enveloppe leeg is.

De psychologen vinden dat ze onvoldoende gehoord werden bij de uitwerking van deze regeling en zouden onder de huidige voorwaarden niet willen akkoord gaan. Kan de minister desalniettemin toch al intekeningen bevestigen?

11.02 **Minister Maggie De Block** (Nederlands): Het plan dat wij hebben opgesteld voor de terugbetaling van de psychologische hulp, moet nog verder worden uitgewerkt. Het overleg daarover is volop aan de gang. Mijn antwoord kan dus eventueel afwijken van wat uiteindelijk de definitieve regeling zal zijn.

Het is de bedoeling om het aanbod aan te passen op basis van de geestelijke gezondheidszorgnetwerken. De terugbetaling slaat

J'ai émis un avis positif sur la demande de remboursement de l'Elaprase pour de nouveaux patients introduite par l'entreprise Shire. Les nouvelles conditions de remboursement entreront en vigueur le 1^{er} juillet 2018.

L'incident est clos.

11 **Questions jointes de**

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'aide psychologique" (n° 25561)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des consultations chez un psychologue de première ligne" (n° 25576)

11.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Au mois de mai, le gouvernement a approuvé le principe du remboursement des consultations chez un psychologue. Si je me félicite de cet accord, je me pose encore quelques questions à ce sujet.

Pourquoi le droit au remboursement est-il lié à la délivrance d'une prescription par un médecin généraliste ou par un psychiatre? J'estime également qu'il est étrange que les soins de première ligne soient financés par le biais du budget des hôpitaux. Pourquoi la ministre a-t-elle opté pour ce modèle de financement?

Confirmez-vous que le budget s'élèvera à 22,5 millions d'euros par an? S'agira-t-il d'une enveloppe fermée? Cette méthode permettra à la ministre de maintenir ce montant sous contrôle, mais elle risque également de déboucher sur l'impossibilité d'aider certaines personnes à la fin de l'année si l'enveloppe est vide.

Les psychologues estiment qu'ils ont été insuffisamment entendus lors de l'élaboration de ce système. De plus, ils ne souhaitent pas marquer leur accord dans les conditions actuelles. La ministre peut-elle néanmoins confirmer que des psychologues ont déjà rejoint cet accord?

11.02 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Le plan que nous avons rédigé pour le remboursement de l'aide psychologique doit encore être développé. La concertation à ce sujet bat son plein. Ma réponse pourrait donc différer quelque peu du régime définitif qui sera finalement mis au point.

L'objectif est d'adapter l'offre en fonction des réseaux de soins de santé mentale. Le remboursement concerne les soins psychologiques

op eerstelijns psychologische zorg. Het gaat niet over patiënten die nood hebben aan langdurige gespecialiseerde zorg. De terugbetaling kan de doorstart zijn voor de functie 1 van de geestelijke gezondheidszorgnetwerken.

Het terugbetalingsbudget wordt verdeeld over de verschillende zorgregio's van de netwerken. In een overeenkomst met het psychiatrisch ziekenhuis van het netwerk zal het maximum aantal terugbetaalbare zittingen per regio worden bepaald.

De verwijzing door de huisarts werkt drempelverlagend en bevordert de zorgcontinuïteit voor de patiënt. Gezondheid is een holistisch gegeven, het is goed dat de huisarts ook op de hoogte is van geestelijke gezondheidsproblemen. Wie dat verkiest, kan altijd zelf naar een psycholoog stappen, maar krijgt geen terugbetaling.

Het bestaande overlegmodel per verstrekkergroep is contraproductief voor een geïntegreerde aanpak omdat elke groep over de eigen terugbetaling beslist zonder rekening te houden met andere zorgverstrekkers. Misschien is 22,5 miljoen euro weinig, maar het is de bedoeling het budget op te bouwen. We moeten buffers uitbouwen om de uitgaven onder controle te houden.

Het is evident dat de Overeenkomstencommissie van de psychiatrische ziekenhuizen overlegt met de psychologen en orthopedagogen.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik heb twijfels over de garantie dat het budget via artikel 107 niet wordt overschreden. Met de wijze van financiering ga ik niet akkoord. Wel is het positief dat het overleg over de definitieve regeling nog aan de gang is en dat er tenminste wordt geluisterd naar de sector. De vraag is natuurlijk welke timing er daarbij wordt gehanteerd.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 25564 van de heer Calomne wordt ingetrokken.

12 Samengevoegde vragen van
 - de heer **Éric Thiébaud** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de procedure inzake de vergunningen voor de overdracht van apotheken" (nr. 25568)
 - mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van aanvragen voor de overdracht

de première ligne. Il ne s'agit pas de patients qui nécessitent des soins spécialisés de longue durée. Le remboursement peut signifier un nouveau départ pour la fonction n° 1 des réseaux de soins de santé mentale.

Le budget consacré aux remboursements sera réparti entre les différentes zones de soins des réseaux. Le nombre maximal de séances remboursables par région sera fixé dans un accord conclu avec l'hôpital psychiatrique du réseau.

Le renvoi par le médecin généraliste facilite l'accessibilité des soins et favorise leur continuité pour le patient. La santé étant un élément holistique, il est normal que le médecin généraliste soit informé des problèmes de santé mentale de ses patients. Celui qui le souhaite pourra toujours consulter directement un psychologue mais il ne pourra pas prétendre à un remboursement.

Le modèle de concertation existant par groupe de prestataires de soins ne fonctionne pas dans le cadre d'une approche intégrée, dès lors que chaque groupe décide de ses propres conditions de remboursement, sans tenir compte des autres prestataires de soins. La somme de 22,5 millions d'euros peut paraître maigre, mais le but est de développer le budget. La mise en place de dispositifs tampons s'impose pour garantir la maîtrise des dépenses.

Il est évident que la Commission des conventions des établissements psychiatriques négocie avec les psychologues et les orthopédagogen.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): J'ai des doutes quant à la garantie de non-dépassement du budget via l'article 107. Je ne suis pas d'accord avec le mode de financement. La note positive réside toutefois dans le fait que la concertation sur la réglementation définitive se poursuit et que le secteur est au moins écouté. Il reste évidemment à déterminer le calendrier.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 25564 de M. Calomne est retirée.

12 Questions jointes de
 - M. **Éric Thiébaud** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure relative au transfert d'officines pharmaceutiques" (n° 25568)
 - Mme **Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement des demandes de transfert de pharmacies"

van apotheken" (nr. 25570)

12.01 **Éric Thiébaud** (PS): De procedure voor de overdracht van apotheken wordt zwaar bekritiseerd, omdat ze omslachtig is en lang duurt. Voordat het dossier voor de aanvraag van de vergunning bij de Vestigingscommissie kan worden ingediend, moet men het advies van de provinciegouverneur, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, de beroepsverenigingen en de geneeskundige commissie inwinnen. Naar verluidt zorgt een personeelstekort voor zware vertraging.

Zal die procedure kunnen worden versneld dankzij de aangekondigde herziening van het koninklijk besluit van 1974? Wanneer zullen de nieuwe bepalingen van kracht worden? Hoe zult u de vertraging in de behandeling van de aanvragen verhelpen?

12.02 **Catherine Fonck** (cdH): Een apotheker die een aanvraag had ingediend om haar apotheek over te dragen moest huur betalen voor twee locaties, omdat haar dossier geblokkeerd was.

De procedure van adviesaanvraag neemt veel tijd in beslag en dat maakt het moeilijk voor de apothekers. Er zou bij het FAGG slechts één medewerker zijn die de dossiers een dag per week behandelt. De Vestigingscommissie – bestaande uit drie magistraten die meer dan 70 jaar oud zijn – zou 14 maanden achterstand hebben in de behandeling van de dossiers.

Wat is uw standpunt over die situatie? Hoe zult u de problemen oplossen? Het KB van 25 september 1974 zou moeten worden aangepast.

12.03 **Minister Maggie De Block** (*Frans*): De vereenvoudiging van de procedure van overdracht van apotheken was één van de doestellingen van het meerjarencader. Het advies van de gouverneur, van de provinciale geneeskundige commissie en van de andere stakeholders zal niet langer ingewonnen worden. De Vestigingscommissie zal afgeschaft worden en haar opdracht zal door het FAGG worden overgenomen.

De Vestigingscommissie wordt afgeschaft en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten zal haar opdracht overnemen. De overdrachtprocedures zullen worden vereenvoudigd. De herziening van het KB is bijna afgerond. In de komende maanden zal er een ontwerp van koninklijk besluit worden voorgesteld.

Aangezien er geen plaatsvervangers zetelden in de

(n° 25570)

12.01 **Éric Thiébaud** (PS): La procédure relative au transfert d'officines pharmaceutiques est très critiquée, jugée lourde et lente. Avant de soumettre le dossier de demande d'autorisation à la Commission d'implantation, sont requis les avis du gouverneur de la province, de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, des unions professionnelles et de la Commission médicale. Un manque de personnel engendrerait de graves retards.

La révision annoncée de l'arrêté royal de 1974 permettra-t-elle d'accélérer cette procédure? Quand les nouvelles dispositions seront-elles applicables? Comment allez-vous remédier aux retards de traitement des demandes?

12.02 **Catherine Fonck** (cdH): Une pharmacienne ayant demandé le transfert de sa pharmacie a dû supporter deux charges locatives, son dossier étant bloqué.

Les procédures de demandes d'avis sont longues et la situation est compliquée pour les pharmaciens. À l'AFMPS, une seule personne travaillerait une seule journée par semaine sur ce dossier. La Commission d'implantation – trois magistrats de plus de 70 ans – aurait 14 mois de retard.

Quel est votre point de vue sur ces difficultés? Comment les résoudre? Il faudrait réviser l'arrêté royal du 25 septembre 1974.

12.03 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Un des objectifs du cadre pluriannuel était de simplifier la procédure de transfert d'officine. L'avis du gouverneur de la Commission médicale provinciale et des autres parties prenantes au processus d'avis ne sera plus demandé. La Commission d'implantation sera supprimée et sa tâche reprise par l'AFMPS.

La Commission d'implantation disparaîtra et sa tâche sera reprise par l'Agence fédérale des médicaments. Les procédures de transfert seront simplifiées. Les travaux pour la révision de l'arrêté royal touchent à leur fin. Un projet d'arrêté arrivera dans les mois qui viennent.

À de nombreuses reprises, l'absence d'un ou

Vestigingscommissie dienden er herhaaldelijk vergaderingen afgelast te worden wegens de afwezigheid van een of meerdere van haar leden. Ik heb inderhaast een plaatsvervanger benoemd en de commissie zal frequenter vergaderen om de achterstand weg te werken. Momenteel zijn er nog 204 hangende dossiers.

De beroepsverenigingen zitten niet altijd op dezelfde golflengte.

12.04 **Éric Thiébaud** (PS): Hebt u maatregelen genomen om het aantal hangende dossiers terug te dringen?

12.05 Minister **Maggie De Block** (Frans): We hebben de procedure verkort door het aantal in te winnen adviezen te verminderen.

12.06 **Catherine Fonck** (cdH): We moeten toewerken naar een eenvoudig, efficiënt systeem, met welomschreven en verplichte termijnen. Het is afwachten of de benoeming van een plaatsvervangend magistraat zal volstaan om dossiers te deblokken.

Nadat alle stappen zijn doorlopen, hebt u 3 maanden de tijd om een beslissing te nemen. Ik hoop dat u voor de geblokkeerde dossiers sneller zult beslissen. Bij het FAGG zijn er maar weinig personen die dergelijke dossiers beheren. Ook op dat niveau zouden er maatregelen moeten worden genomen om de procedure te versnellen.

Het incident is gesloten.

13 **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "veilige gebruikersruimten" (nr. 25549)**

13.01 **André Frédéric** (PS): U zegt dat u voorstander bent van een nultolerantie ten aanzien van drugs. U ketst ons voorstel om veilige gebruikersruimten in te richten, af.

Sinds oktober 2017 worden er in het Zorghostel in Antwerpen een twintigtal personen zonder vaste verblijfplaats opgevangen. Het gaat over mensen met een hardnekkige verslaving die verboden middelen mogen gebruiken en een psychosociale begeleiding krijgen.

Fons Duchateau, voorzitter van het lokale OCMW en N-VA-partijlid, voert dezelfde argumenten aan als die welke er voor het Luikse proefproject worden aangehaald.

plusieurs de ses membres a conduit à l'annulation de réunions de la Commission d'implantation, qui ne dispose pas de membres suppléants. J'ai nommé d'urgence un membre suppléant et désormais, des réunions plus fréquentes permettent de résorber le retard. Il reste 204 dossiers en suspens.

Les associations professionnelles ne sont pas toujours sur la même longueur d'onde.

12.04 **Éric Thiébaud** (PS): Avez-vous pris des mesures pour réduire le passif?

12.05 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): On a aussi diminué le nombre d'avis à obtenir. Cela va raccourcir la procédure.

12.06 **Catherine Fonck** (cdH): Allons vers un système simplifié, efficace, avec des délais cadrés et obligatoires. On verra si la désignation du magistrat suppléant fera avancer les dossiers bloqués.

Une fois le parcours fini, vous avez 3 mois pour prendre une décision. J'espère que pour les dossiers bloqués, vous allez faire plus court. Au niveau de l'AFMPS, il y a peu de personnes qui gèrent ces dossiers. Un coup d'accélérateur serait le bienvenu.

L'incident est clos.

13 **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'existence des salles de consommation à moindre risque" (n° 25549)**

13.01 **André Frédéric** (PS): Vous vous déclarez en faveur d'une tolérance zéro à l'égard des drogues. Vous opposez une fin de non-recevoir à notre proposition de mise en place salles de consommation à moindre risque.

Depuis octobre, un *zorghostel* à Anvers accueille une vingtaine de personnes sans domicile, des gens en assuétudes profondes autorisés à consommer des substances illicites, avec un encadrement psychosocial.

Fons Duchateau, président N-VA du CPAS local avance les mêmes arguments que ceux défendus dans le cadre du projet-pilote liégeois.

Kunt u die informatie bevestigen? Zult u zich blijven verzetten tegen een wijziging van de wetgeving? Geldt de nultolerantie enkel in het zuiden des lands?

13.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): U mag het debat niet in de communautaire sfeer trekken op basis van foutieve informatie.

In het kader van de behandeling van een bepaalde groep daklozen zorgt Antwerpen voor de permanente opvang van zwaar verslaafde thuislozen. Ze worden continu begeleid. Hun kamer wordt als een privéwoning beschouwd. Het doel van het project is de ontwenning van drugs, maar men hoeft niet afgekickt te zijn om aan het project deel te nemen.

Het gaat niet over een ruimte voor drugsgebruikers, waar mensen kortstondig aanwezig zijn om hun illegale drug te gebruiken.

De betrokken drugsgebruikers in Antwerpen kunnen nog altijd juridische gevolgen ondervinden.

Overeenkomstig de federale wetgeving is een veilige gebruikersruimte niet toegestaan. Er kan strafrechtelijke vervolging worden ingesteld naar aanleiding van zo een ruimte waar illegaal drugsgebruik wordt gefaciliteerd of aangemoedigd. De burgemeester van Luik en de verantwoordelijke hebben het project aan mij voorgesteld. Ik sta open voor hun argumenten, maar een duidelijk en stabiel wettelijk kader is essentieel, zowel voor de gebruikers als voor de medewerkers. Die beslissing valt niet onder de bevoegdheid van Volksgezondheid, maar van Justitie en Binnenlandse Zaken, en moet in overleg worden genomen. Het is een goed project, maar de wet zal in deze legislatuur niet gewijzigd worden.

13.03 **André Frédéric** (PS): Ik wil hier zeker geen communautaire kwestie van maken! Maar u moet toch toegeven dat beide projecten op elkaar lijken.

Dat is niet erg duidelijk!

U bent het door de Luikse overheid voorgestelde project genegen. Het biedt immers een oplossing zowel voor een groot volksgezondheidsprobleem als voor een probleem van beheer van de openbare ruimte. Men kan er niet eeuwig naast kijken en er moet dan ook schot in de zaak komen en u moet de regering overtuigen. Er worden mensenlevens in gevaar gebracht.

Het incident is gesloten.

Confirmez-vous cette information? Continuez-vous à vous opposer à une modification de la législation? La tolérance zéro ne vaut-elle donc qu'au Sud du pays?

13.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Il ne faut pas communautariser le débat sur base d'informations erronées.

Dans le cadre du traitement d'un groupe déterminé de sans-abri, Anvers accueille de manière permanente des sans-abri fortement dépendants. Ils sont accompagnés de manière continue. Leur chambre est considérée comme une habitation privée. La réhabilitation est l'objectif du projet mais être sevré n'est pas une condition pour entrer dans le projet.

Ce n'est pas un espace réservé aux usagers de drogues, où les gens sont brièvement présents pour consommer leur drogue illicite.

Les consommateurs de drogue anversoïse restent exposés aux conséquences juridiques.

La législation fédérale n'autorise pas un lieu de consommation à moindre risque. Cet espace qui facilite ou incite la consommation illégale de drogues est passible de poursuites pénales. Le bourgmestre de Liège et le responsable m'ont présenté le projet. Je suis sensible à leurs arguments mais un cadre légal clair et stable est essentiel tant pour les consommateurs que pour intervenants. Cette décision ne relève pas que de la Santé mais aussi de la Justice et de l'Intérieur et doit être prise en concertation. C'est un bon projet mais la loi ne sera pas modifiée sous cette législature.

13.03 **André Frédéric** (PS): Loin de moi cette idée! Toutefois, avouez que les deux projets se ressemblent.

C'est ambigu!

Vous êtes favorable au projet présenté par les autorités liégeoises. En effet, il répond à un problème majeur de santé publique et de gestion de l'espace public. Il faut donc avancer et convaincre le gouvernement car on ne pourra éternellement se voiler la face. On met ainsi des personnes en danger.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 25579 en 25659 van de heer Delizée worden uitgesteld. Vraag nr. 25608 van mevrouw Muylle wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

- 14** Samengevoegde vragen van
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift voor geneesmiddelen" (nr. 25644)
 - de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 25834)

14.01 André Frédéric (PS): De verplichting om tegen 1 juni over te stappen op elektronische voorschriften werd uiteindelijk uitgesteld.

Waarom kondigde u die datum aan terwijl er nog niets klaar was? Waarom hebt u onnodig druk uitgeoefend op de artsen? Welke uitzonderingen zullen er zijn? Hoe zit het met occasionele voorschrijvers?

14.02 Minister Maggie De Block (*Frans*): De verplichting werd uitgesteld omdat er meer tijd nodig is voor de wetgevende werkzaamheden. Voor voorschrijvers ouder dan 62 jaar zal er een uitzondering gelden. Voor occasionele voorschrijvers zal een nieuwe, eenvoudige versie van de PARIS-toepassing beschikbaar zijn waarvoor geen eHealthcertificaat meer vereist is.

Het is de bedoeling om de dematerialisatie tegen medio 2019 door te voeren.

In de volgende versie van de Personal Health Viewer zal de patiënt niet enkel vooraf en op afstand een voorschrift kunnen toekennen aan een apotheek, maar ook zijn voorschriften online kunnen bekijken.

Er is veel vooruitgang geboekt, maar door de aanpassingen voor de oudere artsen heeft het project vertraging opgelopen.

We hebben onze beloftes waargemaakt. Het zal niet langer nodig zijn om over een eHealthcertificaat te beschikken.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 25651 van mevrouw Fonck wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

15 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 25579 et 25659 de M. Delizée sont reportées. La question n° 25608 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

- 14** Questions jointes de
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique de médicaments" (n° 25644)
 - M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 25834)

14.01 André Frédéric (PS): L'obligation de passer à la prescription électronique est finalement reportée.

Pourquoi avoir annoncé la date du 1^{er} juin alors que rien n'était prêt? Pourquoi avoir mis la pression en vain sur les médecins? Quelles seront les exceptions? Qu'en sera-t-il pour les prescripteurs occasionnels?

14.02 Maggie De Block, ministre (*en français*): L'obligation a été postposée pour donner du temps au travail législatif. Les prescripteurs de plus de 62 prescripteurs occasionnels, l'application PARIS connaîtra une nouvelle version simplifiée qui ne requiert plus de certificat eHealth.

L'objectif est une mise à disposition de la dématérialisation mi-2019.

Dans la prochaine version du Personal Health Viewer, le patient pourra non seulement attribuer à l'avance et à distance une prescription à une pharmacie mais aussi consulter ses prescriptions en ligne.

On a fait beaucoup de progrès mais les adaptations pour les médecins plus âgés ont fait traîner les choses.

Nous avons fait ce que nous avons promis. Il ne sera plus nécessaire d'avoir un certificat eHealth.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 25651 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

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

over "de Orde der dierenartsen" (nr. 25674)

15.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): De werking van de Orde der dierenartsen verloopt niet zo goed. Democratisch verkozen leden worden onwettig aan de kant geschoven, er is sprake van een graaicultuur en in bepaalde dossiers worden de rechten van beklagde dierenartsen geschonden.

Hebben het kabinet van de minister en het kabinet van minister Geens hierover al klachten ontvangen? Zijn die klachten gegrond? Heeft de minister al stappen ondernomen? Vindt zij dat de werking van betrokken Orde momenteel goed is? Wat kan zij desgevallend aan de gesignaleerde problemen doen?

15.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Op 24 april 2018 heb ik over dit onderwerp al een vraag van juffrouw Van Camp beantwoord.

Ik ben op de hoogte van de moeilijke verhoudingen binnen de Nederlandstalige gewestelijke raad van betrokken Orde. Ik heb daarover contact gehad met de ministers van Justitie en van Landbouw. Zij zijn eveneens bezorgd over deze situatie.

De verantwoordelijkheden en opdrachten van de Orde en haar raden zijn wettelijk vastgelegd. Het vastleggen en doen respecteren van de deontologische regels zijn vooral interne aangelegenheden van de Orde. De Orde staat eveneens in voor het correct inschrijven van de dierenartsen en de diergeneeskundige rechtspersonen in de lijsten van de Orde.

De Hoge Raad verleent formeel advies over wetgeving inzake de uitoefening van de diergeneeskunde. Ik heb geen klachten ontvangen over de manier waarop de Orde deze taak uitvoert.

De persoonlijke verhoudingen tussen de Hoge Raad en de Nederlandstalige gewestelijke Raad, en binnen die Raad zelf, zijn een andere zaak. Hier rijst het probleem van een vertrouwensbreuk. Het herstel van dit vertrouwen kan alleen via dialoog. Wij kunnen niet in hun plaats die dialoog tot stand brengen. Ik hoop dat zij er zelf uitkomen. Ik ben bereid om daarin een rol te spelen, maar de problemen die zij ervaren, zijn echt intern. Het gaat om mensen die niet meer door een zelfde deur kunnen.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): De minister heeft ter zake geen politieke bevoegdheid, maar zij zou de rol van vrederechter op zich kunnen

"l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 25674)

15.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Le fonctionnement de l'Ordre des vétérinaires n'est pas vraiment optimal. Des membres élus démocratiquement sont illégalement écartés, l'on évoque une culture du profit personnel et dans certains dossiers, les droits du vétérinaire incriminé sont violés.

Le cabinet de la ministre et celui du ministre Geens ont-ils déjà reçu des plaintes à ce sujet? Sont-elles fondées? La ministre a-t-elle déjà pris des mesures? Considère-t-elle que le fonctionnement actuel de l'ordre concerné donne satisfaction? Que pourrait-elle faire, le cas échéant, pour remédier aux problèmes épinglés?

15.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): J'ai déjà répondu le 24 avril 2018 à une question de Mlle Van Camp à ce sujet.

Je suis informée des relations difficiles au sein du conseil régional néerlandophone de l'Ordre concerné. J'ai eu des contacts à ce propos avec mes homologues de la Justice et de l'Agriculture. La situation les inquiète également.

La loi fixe les responsabilités et les missions de l'Ordre et de ses conseils. La définition et le respect des règles déontologiques sont essentiellement des affaires internes de l'Ordre. Celui-ci est en outre responsable de l'enregistrement correct des vétérinaires et des personnes morales vétérinaires sur les listes de l'Ordre.

Le Conseil supérieur rend des avis formels concernant la législation en matière d'exercice de la médecine vétérinaire. Je n'ai pas reçu de plaintes à propos de la manière dont l'Ordre exécute cette tâche.

Les relations personnelles entre le Conseil supérieur et le Conseil régional néerlandophone, et au sein du Conseil lui-même, sont d'un autre ordre. Il est ici question d'une rupture de confiance, un problème qui ne pourra être résolu que par la voie du dialogue. Il ne nous est pas possible de rétablir la confiance à leur place et j'espère qu'ils y parviendront. Je suis disposée à jouer un rôle dans ce conflit mais les problèmes qu'ils rencontrent sont de nature interne. Il s'agit de personnes qui ne se supportent plus.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Même si la ministre ne dispose pas d'une compétence policière en l'espèce, elle pourrait endosser le rôle d'un juge

nemen om te bemiddelen, want uit de e-mails blijkt dat de toestand echt de spuigaten uitloopt.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 25683 van mevrouw Fonck, 25707 van mevrouw Dierick, 25783 van de heer Dallemagne, 25748 van mevrouw Smaers en 25771 van de heer Flahaux worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 25694 van mevrouw Van Hoof wordt uitgesteld.

16 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenwachtposten" (nr. 25778)

16.01 Karin Jiroflée (sp.a): Het is niet de eerste keer dat de huisartsenwachtposten aan de alarmbel moeten trekken. De artsen zijn het beu om zelf op te draaien voor de structurele kosten. De post in Leuven bijvoorbeeld dreigt te moeten sluiten, terwijl die post er met subsidies voor 100.000 inwoners en voor 100 artsen in slaagt om met 300 artsen liefst 210.000 inwoners en 50.000 studenten te bereiken.

Welke maatregelen zal de minister op korte termijn nemen? Wat wordt het nieuwe model inzake de werking, beschikbaarheid, toegankelijkheid en financiering van huisartsenwachtdiensten dat de minister eerder aankondigde? Hanteert ze daarvoor de aanbevelingen uit de audit van Möbius?

16.02 Minister **Maggie De Block** (Nederlands): Ik heb op een identieke vraag al uitvoerig geantwoord in de commissievergadering van 23 mei 2018.

Voor het antwoord over de situatie van de wachtpost Oost-Brabant wacht ik het antwoord van het RIZIV af.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neuromusculaire referentiecentra (NMRC)" (nr. 25779)

17.01 Karin Jiroflée (sp.a): Patiënten met een neuromusculaire aandoening kunnen in België terecht in de acht erkende neuromusculaire referentiecentra of NMRC's waar ze door een team deskundigen worden begeleid. Het belang van de NMRC's kan niet genoeg worden benadrukt op het

de paix en se posant en médiatrice. Les e-mails montrent en effet que la situation dépasse vraiment les bornes.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n^{os} 25683 de Mme Fonck, 25707 de Mme Dierick, 25783 de M. Dallemagne, 25748 de Mme Smaers et 25771 de M. Flahaux sont transformées en questions écrites. La question n^o 25694 de Mme Van Hoof est reportée.

16 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les postes de garde de médecine générale" (n^o 25778)

16.01 Karin Jiroflée (sp.a): Ce n'est pas la première fois que les postes de garde de médecine générale doivent tirer la sonnette d'alarme. Les médecins en ont assez de devoir supporter les coûts structurels. Le poste de Leuven, par exemple, risque de devoir fermer alors qu'il réussit à couvrir pas moins de 210 000 habitants et 50 000 étudiants avec 300 médecins, et ce, en disposant de subsides pour 100 000 habitants et 100 médecins.

Quelles mesures la ministre prendra-t-elle à brève échéance? Quel sera le nouveau modèle, annoncé précédemment par la ministre, en ce qui concerne le fonctionnement, la disponibilité, l'accessibilité et le financement des postes de garde de médecine générale? La ministre s'inspirera-t-elle, à cet effet, des recommandations de l'audit de Möbius?

16.02 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Lors de la réunion du 23 mai 2018 de notre commission, j'ai déjà fourni une réponse circonstanciée à une question identique.

Pour la réponse concernant la situation du poste de garde Oost-Brabant, j'attends la réponse de l'INAMI.

L'incident est clos.

17 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence neuromusculaires (CRNM)" (n^o 25779)

17.01 Karin Jiroflée (sp.a): En Belgique, les patients atteints d'une affection neuromusculaire peuvent s'adresser aux huit centres de référence agréés ou CRNM où ils seront accompagnés par une équipe d'experts. On ne pourra jamais insister suffisamment sur l'intérêt des CRNM sur le plan de

gebied van gezondheid maar ook op het vlak van levenskwaliteit van de meest kwetsbare personen.

De voorbije jaren is de kostprijs van de NMRC's toegenomen. Voor 2015 en 2016 gaat het over een stijging met 16%. Patiënten worden sneller naar de NMRC's gestuurd omdat ze er beter worden opgevolgd en behandeld.

Toch wordt er een grote besparing aangekondigd. De centra zelf vrezen dat de dienstverlening eronder zal lijden en dat ze hogere tarieven zullen moeten aanrekenen. In beide gevallen zijn erg kwetsbare mensen de dupe van de eenzijdige beslissing.

Hoeveel ontvangen de NMRC's tot dusver? Met welk budget zullen zij in de toekomst moeten werken? Is de minister al in gesprek gegaan met de patiëntenverenigingen?

17.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De NMRC's zijn inderdaad erg belangrijk en er is geen sprake van een grote besparing. Vanaf 1 januari 2018 zijn op het vlak van het jaarforfait de aanrekeningen voor de opvolging van een neuromusculaire patiënt door de referentiecentra onder bepaalde voorwaarden licht verminderd, namelijk met 29 euro per jaarforfait.

Deze prijsverlaging vermindert de financiering met 124.000 euro op een totaal van 6.634.000 euro. De vermindering kadert in maatregelen om de begrotingsdoelstelling voor de verzekering van de geneeskundige verzorging in 2018 te respecteren.

Dat er ook een kleine besparing bij de NMRC's is doorgevoerd, past in de herziening van de financiering van die centra. De financiering werd vastgelegd in 1998 en werd nadien nooit meer aangepast. Men ging toen uit van een beperkt aantal patiënten, maar vandaag begeleidt een gemiddeld referentiecentrum tien keer meer patiënten dan er toen werd geraamd. Het is evident dat een centrum met 500 patiënten anders kan werken en anders kan worden gefinancierd dan een centrum met 50 patiënten. Een jaarforfait per patiënt is niet meer haalbaar. De halftijdse secretariaatsfunctie per 50 patiënten uit de overeenkomst zou een centrum met 500 patiënten nu 5 voltijdse secretariaatsmedewerkers bezorgen en dat is niet nodig. Ook de 4 uur voor een arts en de 13 uur voor een andere hulpverlener per patiënt is eigenlijk niet nodig.

la santé mais aussi sur celui de la qualité de vie des personnes les plus vulnérables.

Ces dernières années, le coût des CRNM a augmenté. Pour 2015 et 2016, cette hausse atteint 16 %. Les patients sont orientés plus rapidement vers ces centres parce qu'ils y sont mieux suivis et bénéficient d'un meilleur traitement.

Et pourtant, d'importantes économies sont annoncées. Les centres eux-mêmes craignent de voir les soins qui y sont prodigués en pâtir, et d'être contraints d'augmenter leurs tarifs. Dans les deux cas, cette décision unilatérale affectera des personnes extrêmement vulnérables.

Combien les CRNM ont-ils reçu jusqu'à présent? Avec quel budget devront-ils travailler à l'avenir? La ministre s'est-elle déjà concertée avec les associations de patients?

17.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Les CRNM sont en effet très importants et il n'est pas question de réaliser d'importantes économies. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le forfait annuel alloué pour le suivi d'un patient neuromusculaire par les centres de référence a été revu légèrement à la baisse sous certaines conditions, à savoir à raison de 29 euros par forfait annuel.

Cette baisse de prix réduit le montant du financement de 124 000 euros sur un total de 6 634 000 euros. Cette diminution s'inscrit dans le cadre des mesures destinées à garantir le respect des objectifs budgétaires en 2018 en matière d'assurance des soins médicaux.

Les modestes économies réalisées également dans les CRNM font partie de la révision du financement de ces centres. Celui-ci a été défini en 1998 et n'a jamais été adapté depuis. À l'époque, ce financement était basé sur la prise en charge d'un nombre limité de patients, mais aujourd'hui un centre de référence moyen accompagne dix fois plus de patients que ne l'avaient prévu les estimations initiales. Il est évident qu'un centre qui accueille 500 patients peut travailler et être financé autrement qu'un centre accueillant 50 patients. Un forfait annuel par patient n'est plus possible. La norme d'un collaborateur de secrétariat à mi-temps par 50 patients fixée dans la convention signifie qu'un centre traitant 500 patients disposerait aujourd'hui de 5 collaborateurs de secrétariat à temps plein, ce qui est superflu. De même, la norme de 4 heures pour un médecin et de 13 heures pour un autre assistant par patient n'est pas réellement nécessaire.

De artsen kunnen hun tussenkomsten aanrekenen via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. De vergoeding in het jaarforfait is bedoeld voor de medische leiding van het referentiecentra. De artsenhonoraria komen daar nog bovenop.

Dat een jaarforfait al kan worden aangerekend op basis van 2 uur begeleiding maar meer uren vergoed, moet worden aangepast. Er zijn immers aanwijzingen dat patiënten meestal maar de minimale begeleiding krijgen. De ziekenhuisdirecties gebruiken een aanzienlijk deel van de inkomsten van de referentiecentra voor andere doeleinden. Die mogelijkheid is er omdat de huidige overeenkomst te vaag is.

Er zijn dan ook verschillende redenen om de huidige overeenkomst te herzien. Het is de bedoeling dat de middelen enkel worden gebruikt voor de neuromusculaire patiënten. Ook de patiëntenorganisaties mogen hun bekommernissen delen over de toekomstige overeenkomst.

17.03 Karin Jiroflée (sp.a): Als een systeem niet meer voldoet, moet de financiering worden aangepast. De sector barst echter uit zijn voegen. Ik hoop dat de minister erop toeziet dat het College van artsen luistert naar de patiëntenorganisaties.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "levertransplantaties" (nr. 25821)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Door het tekort aan voor post mortem donatie beschikbare personen werden de programma's voor levende donatie verder ontwikkeld, maar de wachtlijsten blijven lang, met name voor kinderen en volwassenen met een laag lichaamsgewicht.

De donatie van de linkerkwab aan een kind is in principe eenvoudig op chirurgisch vlak. Voor de donatie van de rechterkwab aan een volwassen ontvanger liggen de kaarten helemaal anders. In België wordt een post mortem gedoneerde lever zelden opgedeeld (*split liver*), hoewel die techniek wetenschappelijk gevalideerd is.

Denkt u dat het enkel gegrond is om een beroep te doen op levende donatie als de mogelijkheden om een post mortem gedoneerde lever op te delen, maximaal worden benut? Welke Belgische instellingen passen die techniek toe? Is het niet noodzakelijk dat die praktijk in België wordt

Les médecins peuvent facturer leurs interventions sur la base de la nomenclature des prestations de santé. L'a rémunération prévue par le forfait annuel pour les médecins est destinée à la direction médicale du centre de référence. Les honoraires du médecin viennent encore s'y ajouter.

Il faut remédier au fait qu'un forfait annuel puisse déjà être facturé sur la base de deux heures d'accompagnement mais rémunère davantage d'heures. Des signes indiquent en effet que des patients reçoivent le plus souvent l'accompagnement le plus réduit possible. Les directions des hôpitaux utilisent une part considérable des revenus des centres de référence à d'autres fins. Cette possibilité existe parce que l'accord actuel est trop vague.

Il y a donc plusieurs raisons de revoir l'accord actuel. L'objectif est de n'utiliser les moyens que pour les patients neuromusculaires. Les organisations de défense des patients peuvent aussi faire valoir leurs préoccupations par rapport à l'accord futur.

17.03 Karin Jiroflée (sp.a): Si un système n'est plus satisfaisant, le financement doit être adapté. Mais le secteur se fissure de tous les côtés. J'espère que la ministre veillera à ce que le Collège de médecins écoute les organisations de patients.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la greffe du foie" (n° 25821)

18.01 Catherine Fonck (cdH): La pénurie de donateurs post-mortem a stimulé les programmes de donation vivante mais les listes d'attente restent longues, en particulier pour les enfants et pour les adultes de faible poids.

La donation du lobe gauche au bénéficiaire d'un receveur pédiatrique est, en principe, simple sur le plan chirurgical. Il en va tout autrement du don de lobe droit au bénéficiaire d'un receveur adulte. Le partage d'un foie post-mortem (*split liver*), validé scientifiquement, est peu utilisé en Belgique.

Pensez-vous que le recours à la donation vivante n'est légitime qu'à condition d'exploiter au maximum les possibilités de partage du foie post-mortem? Quelles institutions belges recourent-ils à cette pratique? N'est-il pas indispensable de l'encourager en Belgique?

aangemoedigd?

18.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Volgens de transplantatiewet van 1986 kan alleen bij leven worden gedoneerd als postmortale transplantatie niet mogelijk is. Het Belgisch transplantatiecentrum heeft een vooraanstaande rol gespeeld op het gebied van leverkwabtransplantatie. Het UCL-ziekenhuis was een van de eerste ziekenhuizen ter wereld dat dergelijke transplantaties uitvoerde.

Momenteel stellen alle Belgische centra postmortale leverkwabben ter beschikking en worden de transplantaties uitgevoerd door het UCL-ziekenhuis, het Erasmusziekenhuis en in Gent.

Voor deze techniek is een orgaan van zeer hoge kwaliteit vereist. De gemiddelde leeftijd van donoren in België stijgt echter, waardoor de kwaliteit van de verwijderde organen afneemt.

Bovendien gaan organen van hoge kwaliteit in de eerste plaats naar patiënten die het dringend nodig hebben. Bij hen is een transplantatie van slechts een leverkwab geen optie omdat hun toestand te slecht is.

Eurotransplant heeft ook regels uitgevaardigd om partiële levertransplantatie aan te moedigen.

Tot slot organiseren de Belgische transplantatiecentra opleidingen in de voormelde techniek om chirurgen ermee vertrouwd te maken.

18.03 **Catherine Fonck** (cdH): De wet van 1986 moet uiteraard worden toegepast, maar volgens mijn informatie zijn er niet meer dan tien gevallen per jaar.

Met een gedeelde lever kan men een transplantatie uitvoeren bij twee volwassenen met een laag lichaamsgewicht, of een volwassene en een kind of een jongere. Ik denk dat die techniek weinig wordt toegepast omdat er een zekere chirurgische expertise of een andere benadering voor nodig is, aangezien zo een transplantatie 3 à 4 uur langer duurt.

Men zou een terugbetaling met een specifieke nomenclatuur moeten invoeren om die splitliverpraktijk te bevorderen. In 2017 werd de techniek toegepast bij 4 van de 9 kinderen en 39 van de 171 volwassenen die al meer dan een jaar op een levertransplantatie wachtten!

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 25771 van de

18.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Selon la loi de 1986 sur les transplantations, la donation vivante ne peut avoir lieu que s'il n'y a pas de possibilité de transplantation post mortem. Le Centre belge de transplantation a joué un rôle important pour la transplantation de lobes de foie. L'UCL a été un des premiers hôpitaux au monde à la pratiquer.

Actuellement, tous les centres belges participent à la mise à disposition de lobes de foies prélevés post mortem et les transplantations sont pratiquées par l'UCR à Erasme et à Gand.

Pour cette technique, il faut un organe de très grande qualité. Or, la moyenne d'âge des donneurs en Belgique augmentant, il y a diminution de la qualité des organes prélevés.

En outre, les organes de haute qualité vont prioritairement aux patients en ayant besoin d'urgence et leur état n'autorise pas à leur greffer une partie de foie.

Eurotransplant a aussi édicté des règles encourageant le partage du foie.

Enfin, les centres de transplantation belges organisent des formations à la technique du partage du foie afin que les chirurgiens s'y familiarisent.

18.03 **Catherine Fonck** (cdH): La loi de 1986 doit évidemment s'appliquer. Mais selon mes informations, il n'y a pas plus de dix cas par an.

Avec un partage du foie, on peut transplanter deux adultes de petit poids ou un adulte et un enfant ou adolescent. Je pense que c'est peu pratiqué car ça demande une expertise chirurgicale et une gestion différente vu que cela prend 3 ou 4 heures supplémentaires.

Il faudrait prévoir un remboursement avec une nomenclature spécifique, pour booster cette pratique de partage du foie. En 2017, on avait 4 enfants sur 9 et 39 adultes sur 171 qui attendaient depuis plus d'un an une greffe de foie!

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 25771 de M. Flahaux

heer Flahaux wordt omgezet in een schriftelijke vraag. est transformée en question écrite.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.08 uur. *La réunion publique de commission est levée à 17 h 08.*