



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

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
19-03-2019
Namiddag

Mardi
19-03-2019
Après-midi

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

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 beigeleurig 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

Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de laagvariabele zorg voor pasgeborenen" (nr. 28086)

Sprekers: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Samengevoegde vragen van 4
 - mevrouw Sarah Schlitz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de uitbreiding van de lijst van verpleegkundige handelingen die mogen worden toevertrouwd aan zorgkundigen" (nr. 28107) 4
 - de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de geplande uitbreiding van de verpleegkundige activiteiten die aan zorgkundigen worden gedelegeerd" (nr. 28117) 4
 - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de zorgkundigen" (nr. 28147) 4

Sprekers: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de clawback en het geneesmiddelenbudget" (nr. 28136) 6

Sprekers: **Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Samengevoegde vragen van 8
 - mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de weesgeneesmiddelen" (nr. 28134) 8
 - mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de Farma Files" (nr. 28454) 8

Sprekers: **Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Samengevoegde vragen van 11
 - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de onbeschikbaarheid van tal van geneesmiddelen" (nr. 28148) 11
 - de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "geneesmiddelentekorten" (nr. 29082) 12

Sprekers: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en

SOMMAIRE

Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les soins à faible variabilité pour le nouveau-né" (n° 28086) 1

Orateurs: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Questions jointes de 3
 - Mme Sarah Schlitz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'élargissement de la liste des activités infirmières pouvant être déléguées aux aides-soignants" (n° 28107) 3

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le projet d'élargissement des activités infirmières déléguées aux aides-soignants" (n° 28117) 3

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les aides-soignants" (n° 28147) 4

Orateurs: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le remboursement (le clawback) et le budget médicaments" (n° 28136) 6

Orateurs: **Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Questions jointes de 8
 - Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les médicaments orphelins" (n° 28134) 8

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les Pharma Files" (n° 28454) 8

Orateurs: **Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Questions jointes de 11
 - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'indisponibilité de nombreux médicaments" (n° 28148) 11

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les pénuries de médicaments" (n° 29082) 11

Orateurs: **Daniel Senesael, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la

Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het protocol van 19 december 2017" (nr. 28335)	16	Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le protocole du 19 décembre 2017" (n° 28335)	16
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie</i>		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration</i>	
Samengevoegde vragen van	18	Questions jointes de	18
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het centraliseren van de pancreas- en slokdarmoperaties" (nr. 28523)	18	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "la centralisation des opérations du pancréas et de l'oesophage" (n° 28523)	18
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het centraliseren van de pancreas- en slokdarmoperaties" (nr. 28705)	18	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "la centralisation des opérations du pancréas et de l'oesophage" (n° 28705)	18
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie</i>		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration</i>	
Samengevoegde vragen van	20	Questions jointes de	20
- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers voor artsen" (nr. 28606)	20	- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI des médecins" (n° 28606)	20
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers" (nr. 28675)	20	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI" (n° 28675)	20
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers" (nr. 28703)	20	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI" (n° 28703)	21
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de contingentering van de RIZIV-nummers" (nr. 28716)	20	- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le contingentement des numéros INAMI" (n° 28716)	21
<i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie</i>		<i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration</i>	
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "simultane verdovingen" (nr. 28640)	24	Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les anesthésies simultanées" (n° 28640)	24
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie</i>		<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration</i>	
Samengevoegde vragen van	26	Questions jointes de	26
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "voedingssupplementen" (nr. 28674)	26	- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les compléments alimentaires" (n° 28674)	26
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de voedingssupplementen" (nr. 28696)	26	- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les compléments alimentaires" (n° 28696)	26

Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et la Migration

Vraag van de heer André Frédéric aan de minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van
Asiel en Migratie over "de benoeming van de
leden van het Belgisch Raadgevend Comité voor
Bio-ethiek" (nr. 28832)

27

Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Question de M. André Frédéric à la ministre des
Affaires sociales et de la Santé publique, et de
l'Asile et de la Migration, sur "la nomination des
membres du Comité consultatif de bioéthique"
(n° 28832)

27

Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et la Migration

Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister
van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van
Asiel en Migratie over "de terugbetaling van
osteopathie bij rugpijn" (nr. 28846)

28

Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Question de Mme Anne Dedry à la ministre des
Affaires sociales et de la Santé publique, et de
l'Asile et de la Migration, sur "le remboursement
des soins d'ostéopathie pour les personnes
souffrant de douleurs dorsales" (n° 28846)

28

Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et la Migration

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
en van Asiel en Migratie over "de invoering van de
IFIC-barema's in de zelfstandige thuisverpleging"
(nr. 29062)

30

**Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De
Block,** minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique, et
de l'Asile et de la Migration, sur "l'introduction de
barèmes IFIC pour les infirmiers à domicile
indépendants" (n° 29062)

30

**Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De
Block,** ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique, et de l'Asile et la Migration

Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de
minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
en van Asiel en Migratie over "het weer aanvullen
van het medisch materiaal in ambulances in het
kader van de dringende geneeskundige
hulpverlening" (nr. 29081)

31

**Sprekers: Paul-Olivier Delannois, Maggie De
Block,** minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie,
André Frédéric

Question de M. Paul-Olivier Delannois à la
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le
réapprovisionnement des consommables dans le
cadre de l'aide médicale urgente" (n° 29081)

31

**Orateurs: Paul-Olivier Delannois, Maggie De
Block,** ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique, et de l'Asile et la Migration,
André Frédéric

Samengevoegde vragen van
- de heer André Frédéric aan de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel
en Migratie over "het ontbreken van een
tariefakkoord met de tandartsen" (nr. 29100)
- de heer André Frédéric aan de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel
en Migratie over "het ontbreken van een
tariefakkoord met de tandartsen" (nr. 29106)
- de heer André Frédéric aan de minister van
Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel
en Migratie over "het akkoord tandheelkundigen-
ziekenfondsen" (nr. 29107)

34

35

35

35

Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block,
minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie

Questions jointes de
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires
sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et
de la Migration, sur "l'absence d'accord tarifaire
chez les dentistes" (n° 29100)

34

34

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires
sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et
de la Migration, sur "l'absence d'accord tarifaire
chez les dentistes" (n° 29106)

34

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires
sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et
de la Migration, sur "l'accord dento-mutualiste"
(n° 29107)

34

Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block,
ministre des Affaires sociales et de la Santé
publique, et de l'Asile et la Migration

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 19 MAART 2019

Namiddag

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

du

MARDI 19 MARS 2019

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.12 uur en voorgezeten door mevrouw Anne Dedry.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 12 et présidée par Mme Anne Dedry.

01 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les soins à faible variabilité pour le nouveau-né" (n° 28086)

01 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de laagvariabele zorg voor pasgeborenen" (nr. 28086)

01.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, vous savez que les questions qui sont posées en commission ne sont pas toujours d'actualité. Celle-ci date du 26 novembre 2018.

Une délégation de pédiatres a été reçue à l'INAMI, le 26 novembre 2018, pour étudier les répercussions de l'introduction du nouveau financement forfaitaire des soins à basse variabilité pour le nouveau-né. Nous en avons déjà parlé ici, madame la ministre.

Une analyse détaillée des prestations réalisées sur l'enfant après sa naissance a été présentée et discutée. Il apparaît que les montants pour l'assistance à la naissance et les autres prestations de néonatalogie s'élèvent à moins de deux millions d'euros par an. Celles-ci comprennent notamment des actes de réanimation, la ponction lombaire, la ventilation par CPAP.

Suite à un rassemblement ayant eu lieu devant votre cabinet, le 13 décembre dernier, les représentants des pédiatres ont dit regretter que toutes leurs prestations et leurs soins, dans le cadre d'un accouchement et de ses suites éventuelles en service de néonatalogie non intensive, soient compris dans le financement forfaitaire fixé pour un accouchement sans complication sévère pour la mère.

Selon le Dr Pierre Philippet, président du Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française, "un bébé prématuré modéré, qui nécessite d'être placé en couveuse avec une sonde d'alimentation ou un dispositif de ventilation est normalement soigné à la suite de l'accouchement en néonatalogie non intensive. Tous ces soins, impliquant un pédiatre, devront être financés avec le même forfait

01.01 Daniel Senesael (PS): Op 26 november 2018 werd er een delegatie van kinderartsen ontvangen bij het RIZIV om de gevolgen te bestuderen van de invoering van de nieuwe forfaitaire financiering van de laagvariabele zorg voor pasgeborenen. Hulp bij de bevalling en andere verstrekkingen in de neonatologie kosten ongeveer twee miljoen euro per jaar. De vertegenwoordigers van de kinderartsen zijn voor uw kabinet samengekomen op 13 december om aan te klagen dat hun verstrekkingen tijdens en eventueel na de bevalling in het kader van niet-intensieve neonatale zorg zijn begrepen in de forfaitaire financiering voor een bevalling zonder ernstige complicaties voor de moeder.

Bevestigt u dat het forfaitaire standaardbedrag niet van toepassing is als de pasgeborene overbracht wordt naar de dienst intensieve neonatale zorg? Waarom werd er niet meer specifiek rekening gehouden met de niet-intensieve neonatale zorg? Denkt u niet dat

unique, celui d'un accouchement normal considéré comme soin hospitalier à basse variabilité".

Madame la ministre, confirmez-vous que ce n'est qu'au moment où le nouveau-né sera renvoyé vers un service de néonatalogie intensive, avec un éventail de soins bien plus large et plus poussé, que l'on sortira du forfait standard? Pourquoi ne pas avoir pris en compte de manière plus spécifique les soins donnés au nouveau-né en service de néonatalogie non intensive? Ne pensez-vous pas que ce système poussera les pédiatres à renvoyer plus rapidement le nouveau-né en néonatalogie intensive afin de permettre une facturation supplémentaire?

Il serait intéressant de nous préciser les travaux effectués dans ce cadre avant la fin de la législature.

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, je vous confirme que les pathologies des nouveau-nés séjournant dans un service de néonatalogie intensive (NIC) ne sont pas reprises dans le nouveau système de soins à basse variabilité qui a démarré le 1^{er} janvier dernier.

Nous avons largement pris en compte les soins donnés aux nouveau-nés dans un service de néonatalogie non intensive. Il existe toute une série d'honoraires de pédiatres pour un nouveau-né séjournant dans des fonctions dont je vais vous donner les numéros.

Certaines fonctions ont été exclues du nouveau système. Sur 93,3 millions d'euros de dépenses en honoraires pédiatriques pour des patients hospitalisés, selon le chiffre de 2014, seulement 365 000 euros sont des dépenses relatives à des honoraires de pédiatres pour des patients séjournant à l'hôpital dans le cadre de soins à basse variabilité. Ceci démontre à quel point les prestations réalisées ont été largement épargnées dans le cadre du nouveau système.

Je rappelle enfin que l'arrêté royal du 23 octobre 1964 – qui date de 55 ans – portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, et notamment les normes relatives aux services de néonatalogie intensive, prévoit que le service NIC est exclusivement réservé à l'admission et au traitement des nouveau-nés qui se trouvent dans des conditions de maladie particulières ou menaçantes pour leur vie.

Je ne m'attends donc pas à ce que la modification du mode de financement des hôpitaux ait une quelconque influence sur les conditions de maladie menaçantes pour la vie des nouveau-nés qui ont vu le jour après le 1^{er} janvier 2019.

Je vous signale que nous avons déjà annoncé aux pédiatres que les points que vous soulevez seront résolus à court terme, du fait que l'INAMI a été chargé de mettre en place le dédoublement de la facture mère-enfant en cas d'accouchement. Auparavant, c'était toujours le cas du fait qu'à l'époque, le bébé n'avait pas tout de suite un numéro de sécurité sociale. Il y avait une facture au nom de la mère et les soins au bébé y étaient ajoutés.

Nous communiquerons aux pédiatres un délai concret dès que

dit système kinderartsen ertoe zal aanzetten pasgeborenen naar de dienst intensieve neonatale zorg te verwijzen?

01.02 Minister Maggie De Block: De aandoeningen van zuigelingen die behandeld worden in de diensten voor intensieve neonatale zorg zijn inderdaad niet opgenomen in de nieuwe regeling voor laagvariabele zorg.

We hebben de niet-intensieve neonatale zorg wel meegenomen in het systeem. Een aantal functies werden ervan uitgesloten. In 2014 werd slechts 365 000 euro van de 93,3 miljoen euro aan uitgaven voor erelonen voor kindergeneeskundige zorg voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten besteed in het kader van de laagvariabele zorg.

Het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 bepaalt dat de NIC-dienst ("dienst voor intensieve neonatalogie") uitsluitend bestemd is "voor de opname en verzorging van pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren."

Ik verwacht niet dat de aanpassing van de financieringswijze van de ziekenhuizen van invloed zal zijn op de levensbedreigende ziektecondities voor pasgeborenen die in 2019 geboren zijn.

We hebben de kinderartsen laten weten dat de punten die u aan de orde stelt, op korte termijn zullen worden opgelost. Het RIZIV moet de factuur voor de moeder en het kind in geval van een bevalling

possible. J'ai entendu que les choses avancent au sein de l'INAMI. Sachez que cela a d'importantes conséquences tant sur le plan juridique et technique que sur le plan de l'informatique et de l'organisation. Cela ne vaut pas que pour la facturation mais aussi pour l'enregistrement des résumés hospitaliers minimums (RHM). C'est pourquoi nous souhaitons préparer le tout comme il se doit, en plus de permettre aux organismes assureurs mais aussi aux hôpitaux d'effectuer les adaptations nécessaires.

Au mois de novembre, il avait été demandé que ce soit fait avant le 1^{er} janvier 2019. C'était impossible vu les aspects juridiques et techniques ainsi que ceux liés à la comptabilité des hôpitaux. Nous avons sollicité un examen de la situation et il aura lieu au cours des prochaines semaines.

01.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis souvent étonné, en fonction de ce qu'on peut lire ou entendre et en fonction de ce que vous nous dites, par les variabilités importantes qui peuvent exister. Je pense vraiment qu'il y a souvent un manque de communication, et je considère cette remarque comme étant positive.

J'ai l'impression que quand le secteur ou les sous-secteurs nous reviennent après que des mesures ont été prises ou expliquées, nous ne percevons pas l'harmonisation entre la demande qui nous est adressée et la réponse que vous nous donnez, alors qu'il serait si facile de parler pour se comprendre, ce qui rendrait les questions superflues. Je me demande donc parfois si ce n'est pas cette communication qui manque.

01.04 Maggie De Block, ministre: Vous avez de bonnes intentions mais, selon moi, ce n'est pas le cas. Ils ont été chez nous pendant des heures, tout a été expliqué en présence de techniciens, le même raisonnement a été suivi avec les anesthésistes, de sorte que la communication de telles informations dans la presse est vraiment un acte de mauvaise foi.

01.05 Daniel Senesael (PS): Je ne veux pas porter de jugement, mais je trouve cela un peu malheureux.

01.06 Maggie De Block, ministre: Ce sont d'autres sources qui communiquent ces informations à la presse.

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

02 Questions jointes de

- Mme Sarah Schlitz à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'élargissement de la liste des activités infirmières pouvant être déléguées aux aides-soignants" (n° 28107)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le projet d'élargissement des activités infirmières déléguées aux aides-soignants"

ontdubbelen. Voorheen hadden de baby's geen rechtstreeks sociale-zekerheidsnummer en werd de factuur naar de moeder gestuurd.

Dit vereist juridische aanpassingen en ook aanpassing op het vlak van IT en de boekhouding van de ziekenhuizen. Dat vergt tijd. We zullen daar de komende weken werk van maken.

01.03 Daniel Senesael (PS): Soms is er een gebrek aan communicatie. Als er meer gecommuniceerd zou worden, zouden er heel wat vragen vermeden kunnen worden.

01.04 Minister Maggie De Block: U zegt dat allicht met een goede bedoeling, maar in dit geval is daar geen sprake van. We hebben alles aan de belanghebbenden uitgelegd in aanwezigheid van de technici. Dat hebben we ook gedaan met de anesthesisten. Wie het tegendeel beweert in de pers is te kwader trouw.

(n° 28117)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les aides-soignants" (n° 28147)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Sarah Schlitz aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de uitbreiding van de lijst van verpleegkundige handelingen die mogen worden toevertrouwd aan zorgkundigen" (nr. 28107)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de geplande uitbreiding van de verpleegkundige activiteiten die aan zorgkundigen worden gedelegeerd" (nr. 28117)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de zorgkundigen" (nr. 28147)

02.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, ce matin, j'ai également pu prendre connaissance des éléments qui ont été mentionnés. Mme la ministre pourra s'expliquer à ce sujet.

Madame la ministre, nos questions étant toujours déposées bien avant la réunion de commission, des évolutions ont eu cours en la matière. Au moment où je rédigeais ma question, vous envisagiez de modifier à court terme l'arrêté royal fixant les activités infirmières pouvant être effectuées par des aides-soignants. Vous avez eu droit à une double page dans *Sud Presse*, qui donnait des explications de manière pédagogique et didactique. Il n'est nullement dans mes intentions d'être polémique, mais ce projet, l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) le qualifie d'inacceptable.

Ainsi, l'UGIB estime que les 150 heures de formation complémentaire que vous prévoyez dans ce projet pour que les aides-soignants puissent réaliser certaines activités d'infirmières sous la supervision de celles-ci sont largement insuffisantes pour assurer la qualité des soins, la sécurité des patients, des aides-soignants et des infirmiers qui délèguent leurs actes. Selon eux, il faudrait prévoir une formation de 1 280 heures, allant de pair avec un nouveau titre, une nouvelle fonction et un barème adéquat.

Il semblerait par ailleurs que l'UGIB ne soit pas la seule à remettre votre projet en question, puisque que le Conseil fédéral de l'art infirmier et la Commission technique de l'art infirmier ont également rejeté votre proposition.

Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur les discussions qui ont eu lieu lors de la rencontre entre votre cabinet et les représentants de l'UGIB le 5 décembre dernier? La situation a évolué jusqu'en milieu de premier trimestre. Dès lors, les remarques et critiques émises par l'UGIB que je viens de lister vous semblent-elles justifiées? Quelles réponses et, surtout, quelles suites envisagez-vous de donner à celles-ci eu égard à ce dont j'ai pu prendre connaissance dans la presse depuis le week-end dernier? Bref, quels sont vos projets et vos attentes en la matière?

La **présidente**: Monsieur Senesael, de Vlaamse Zorgambassadeur avait proposé huit heures, l'UGIB avait proposé quant à elle un an! Elle trouve que 150 heures, c'est beaucoup trop! C'est ce qui se trouvait dans la presse de ce matin.

02.02 Maggie De Block, ministre: Vous voyez que lorsqu'on demande des avis, nous recevons des réponses parfois très éloignées l'une de l'autre. L'arrêté royal a été publié hier, le 18 mars.

02.01 Daniel Senesael (PS): U zou werken aan een koninklijk besluit tot vaststelling van de verpleegkundige handelingen die zorgkundigen mogen uitvoeren. Dit ontwerp is voor de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB) onaanvaardbaar. Volgens de AUVB is de opleiding van 150 uur waarin voorzien wordt onvoldoende om zorgkundigen verpleegkundige handelingen toe te vertrouwen. De Unie vraagt een opleiding van 1 280 uur, die gepaard gaat met een nieuwe titel en een aangepast barema. De Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde zouden het voorstel ook verworpen hebben.

Op 5 december vond er een ontmoeting tussen uw kabinet en de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen plaats. De situatie kan sindsdien veranderd zijn.

Zijn hun opmerkingen terecht? Wat is uw reactie? Hoe is de situatie in dit dossier geëvolueerd, gezien de berichten in de pers dit weekend en deze ochtend? Wat zijn uw verwachtingen en plannen in dit verband?

02.02 Minister Maggie De Block: Een verpleegkundige kan nu reeds een beperkt aantal handelingen

Votre question est donc très pertinente.

Nous savons qu'il est déjà possible pour un infirmier ou une infirmière de déléguer un nombre limité d'actes à un aide-soignant. Dans le cadre de la consultation publique relative à la réforme de l'arrêté royal n° 78, le secteur des soins de santé m'a enjoint de procéder à une révision de la réglementation de la profession d'aide-soignant. En effet, la liste d'actes pouvant être effectués par les aides-soignants est fortement limitée et pourrait être élargie en vue d'offrir un meilleur soutien aux infirmiers et infirmières. Dix-huit actes sont repris dans la liste. C'est peu!

J'ai reçu, à ce sujet, divers avis dont celui de la part du Conseil fédéral de l'art infirmier en 2017 relatifs à la différenciation de fonctions au sein de cet art. Dans cet avis, il proposait de créer une nouvelle profession d'assistant de soins. Voilà qui était loin d'élargir le paquet de la délégation! J'ai indiqué à plusieurs reprises, y compris en commission, que je ne souhaitais pas en créer une nouvelle parce que cet intermédiaire est encore trop flou.

J'ai demandé à la Commission technique de l'art infirmier, par la suite, de tenir compte de mon souhait de ne pas en créer une nouvelle profession et de me rendre un avis sur la mise à jour des actes pouvant être effectués par des aides-soignants. En avril 2018, celle-ci a recommandé d'élargir, à court terme, les compétences des aides-soignants par un certain nombre d'actes, tels la prise de la tension, l'administration de gouttes dans les yeux ou les oreilles, l'alimentation des personnes présentant des troubles de la déglutition... L'avis complet est à consulter sur le site du SPF Santé publique.

Par l'intermédiaire de la Conférence interministérielle Santé publique, les entités fédérées en charge de l'Enseignement ont été invitées à se prononcer aussi sur la formation qui devrait être dispensée en échange de ces compétences supplémentaires.

J'ai reçu les avis des Communautés. Les heures de formation vont de huit à cent soixante. Ensuite, le Conseil fédéral de l'art infirmier m'a également remis un avis, proposant une formation de 1 280 heures – soit une année d'études supplémentaire. Tous ces avis ont été analysés et débattus avec les groupes professionnels concernés.

Les aides-soignants ont fait savoir qu'ils n'avaient pas été suffisamment impliqués dans l'élaboration de l'avis de la Commission technique de l'art infirmier, ce que je trouve dommage. Certains actes que celle-ci avait recommandés ont été jugés trop risqués. Pour cette raison, j'ai décidé de ne pas retenir dans le projet d'arrêté royal certains actes qui figuraient dans l'avis de la Commission technique. Je pense, par exemple, à l'administration de médicaments par hypodermoclyse ainsi qu'à l'administration sous-cutanée d'insuline. Les groupes concernés avaient, en effet, exprimé leurs craintes quant à ces méthodes.

Les actes retenus ont été examinés avec les présidents du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique de l'art infirmier ainsi qu'avec l'Union générale des infirmiers de Belgique. Certains actes recommandés par la Commission technique n'ont pas été repris, et motivation en a été donnée.

toevertrouwen aan een zorgkundige. De zorgsector heeft laten weten dat het hoog tijd is om de reglementering van dit beroep te herzien. De lijst van handelingen die uitgevoerd mogen worden door zorgkundigen zou uitgebreid kunnen worden teneinde de verpleegkundigen beter te ondersteunen in hun opdracht.

Ik heb in 2017 een advies gekregen van de Federale Raad voor Verpleegkunde, waarin gepleit werd voor de instelling van een nieuw beroep, namelijk dat van zorgassistent. Ik ben geen voorstander van dit intermediaire statuut. In april 2018 heeft de Technische Commissie voor Verpleegkunde geadviseerd om op korte termijn de competenties van de zorgkundigen uit te breiden tot handelingen zoals het meten van de bloeddruk, het toedienen van oog- of oordruppels en het helpen eten van personen met slikstoornissen.

De deelgebieden werden verzocht om zich uit te spreken over de opleiding die nodig zou zijn om die extra competenties te ontwikkelen.

In de adviezen van de Gemeenschappen wordt er gewag gemaakt van bijkomende opleidingen van 8 tot 160 uur. De Federale Raad voor Verpleegkunde heeft zelfs een opleiding van 1 280 uur voorgesteld. Dat komt neer op een volledig bijkomend studiejaar.

De zorgkundigen klagen dat ze onvoldoende betrokken werden bij de uitwerking van het advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde. Bepaalde handelingen die de Technische Commissie had geadviseerd werden te riskant geacht. Daarom heb ik besloten bepaalde handelingen niet op te nemen in het ontwerp van koninklijk besluit. De handelingen die wel werden meegenomen, werden afgestemd met de

Plusieurs discussions ont concerné la formation à suivre par les aides-soignants en vue de pouvoir poser ces actes supplémentaires. Nous étions convenus au départ d'un minimum de 120 heures. Une fois adopté, il a été élevé jusqu'à 150 heures, à la demande du président du Conseil fédéral de l'art infirmier et de la Commission technique de l'art infirmier. Cette formation supplémentaire doit servir à démontrer que les intéressés ont acquis les compétences requises pour exercer les nouvelles activités infirmières. Il faut préciser que ce n'est pas obligatoire, car certains aides-soignants sont peut-être déjà fort avancés dans leur vie professionnelle. Aussi, la moitié des heures supplémentaires pourront se pratiquer pendant les heures de travail.

voorzitters van de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie, alsook met de AUVB.

We zijn overeengekomen dat er een opleiding van minimaal 120 uur vereist is om bijkomende handelingen te mogen verrichten. Op vraag van de voorzitters van de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie werd dat opgetrokken tot 150 uur. Die opleidingen zijn niet voor iedereen verplicht. Bovendien kan de helft van dat aantal bijkomende uren tijdens de werkuren worden gevolgd.

De berekening die vandaag in de krant stond klopt dus ook niet.

Je conteste également les résultats du calcul publiés aujourd'hui dans la presse.

02.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je vous remercie pour votre réponse.

Je n'étais pas au courant de la manière dont on pouvait trouver cette distance trop importante entre les 8 heures et les 1 260 heures dont vous parlez. Nous avons pris connaissance ce matin de l'arrêté royal daté d'hier. Vous détaillez avec beaucoup d'aplomb la manière dont cet arrêté pourra répondre aux demandes des uns et des autres et selon le détail que vous venez de préciser.

02.03 Daniel Senesael (PS): In wat u uiteengezet hebt, zitten er enkele zeer positieve punten, die volgens mij aan de verwachtingen van de sector lijken te beantwoorden. Ik zal u schriftelijk enkele technische vragen stellen.

Si je pouvais disposer de votre réponse, cela m'agréerait énormément. Je n'apporterai pas de réplique dans l'immédiat, puisque dans ce que vous développez, il y a des points très positifs, qui me semblent répondre aux demandes du secteur. D'autre part, j'ai encore quelques interrogations.

Je lirai votre réponse et j'aurai peut-être une ou deux questions techniques que je vous poserai par écrit.

De **voorzitter**: En dat allemaal voor drie uitbreidingstaken, of misschien vijf... Goed, ik mag hier niet uit mijn rol vallen.

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

03 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de clawback en het geneesmiddelenbudget" (nr. 28136)

03 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le remboursement (le clawback) et le budget médicaments" (n° 28136)

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ook deze vragen werden al in december of januari ingediend.

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): On peut lire dans la note de politique de la ministre que la cotisation indemnitaire, dont les recettes s'élèvent à 105 millions

Het betreft hier de *clawback*. In uw laatste beleidsnota staat duidelijk: "Tevens wordt de compenserende heffing met een opbrengst van

105 miljoen euro eenmalig in de begroting ingeschreven." Het lijkt mij vreemd dat een bedrag dat pas geïnd wordt als er een overschrijding is en de begroting dus niet klopt, kan dienen om de begroting in evenwicht te brengen. Dat lijkt mij een tegenstrijdigheid.

Mevrouw de minister, waarom spreekt men in uw beleidsnota van "eenmalig"? Hoe moet ik dat begrijpen? Vormt dat geen tegenstrijdigheid? Overweegt u dit aan te passen? Ik hoop dat dit niet bedoeld is als doorschuifoperatie naar een volgende minister.

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, mijn antwoord zal zeer kort zijn. Er is alvast geen tegenstrijdigheid. De algemene raad heeft op 15 oktober beslist om in 2019 reeds eenmalig een ontvangst voor de compenserende heffing in de begroting op te nemen, de zogenaamde *clawback*. Dat zal niet automatisch gebeuren in de volgende begroting. Daarom is dit een eenmalig ingeschreven ontvangst.

Wij weten immers dat deze overschrijding er zal zijn; dat was al berekend. Wij hebben ze in de begroting opgenomen omdat wij anders voor 105 miljoen euro extra besparingen zouden moeten doen, terwijl wij op het einde toch de *clawback* zouden hebben. Daarom werd de overschrijding nu opgenomen.

Het wetsvoorstel in dat verband werd aangenomen in deze commissie. Als het donderdag door het Parlement wordt aangenomen, dan zal de ontvangst van de *clawback* in 2019 kunnen gebeuren. Er zal echter geen effect zijn voor de volgende begrotingen of voor de volgende minister.

Als men zegt dat dit een cadeau is van 100 miljoen, dan is dat een misverstand. Het is het verschil tussen wat er in het Verzekeringscomité wordt beslist of in de algemene raad. Daar zit die 105 miljoen van de *clawback* tussen. Men moet eens nagaan hoe de financiering van de gezondheidszorgen via een apart circuit kan verlopen. De mutualiteiten hebben het al begrepen.

De *clawback* wordt wel meegenomen omdat hij er zeker is. Het bedrag van 105 miljoen wordt terecht eenmalig ingeschreven omdat het alleen voor dit jaar zeker is. Wij doen dus geen voorafname op wat er de jaren nadien zal gebeuren.

d'euros, sera inscrite une fois au budget. Le recouvrement ne pourra cependant être effectué que lorsqu'il y aura dépassement de budget afin d'équilibrer le budget.

Que faut-il comprendre par "une fois"? Ne s'agit-il pas d'une contradiction? La ministre envisage-t-elle une adaptation? J'espère qu'il ne s'agit pas d'une opération visant à renvoyer le dossier à un prochain ministre.

03.02 **Maggie De Block**, ministre: Il n'y a pas de contradiction. Le conseil général a décidé le 15 octobre 2018 d'inscrire une seule fois une recette pour la cotisation indemnitaire au budget 2019 déjà, ce qu'on désigne comme le *clawback*. Cette opération n'aura pas lieu automatiquement dans le prochain budget. C'est la raison pour laquelle il s'agit d'une recette inscrite une seule fois.

Nous savons que ce dépassement aura lieu. Il a d'ailleurs déjà été calculé. Nous l'avons inscrit au budget car nous aurions dû sans cela réaliser des économies supplémentaires à hauteur de 105 millions d'euros alors que nous aurions également eu besoin de ce *clawback* au bout du compte.

Si la proposition de loi est adoptée jeudi par le Parlement, la recette de ce *clawback* pourra être prélevée en 2019. Il n'y aura aucun effet sur les prochains budgets ou le prochain ministre.

Il ne s'agit pas d'un cadeau de 105 millions d'euros. Il s'agit de la différence entre la décision du comité de l'assurance et celle du conseil général. Nous devons examiner à l'occasion comment ce financement des soins de santé peut être effectué via un circuit séparé. Les mutualités l'ont déjà compris.

C'est à raison que les 105 millions

d'euros ont été inscrits une unique fois car nous n'avons la certitude que le *clawback* aura lieu que pour cette année.

03.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat werd mij in de loop van de voorbije maanden al enigszins duidelijk, maar mijn vraag dateert van ergens in december 2018 of januari 2019.

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

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de weesgeneesmiddelen" (nr. 28134)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de Farma Files" (nr. 28454)

04 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les médicaments orphelins" (n° 28134)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les Pharma Files" (n° 28454)

04.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag dateert ook al van januari, dus een aantal vragen zijn wellicht achterhaald. Ik doe echter mijn best om ze even te updaten.

Ter herinnering, een geneesmiddel dat aanvankelijk 38 euro kostte, kostte door marktmanipulatie en misbruik van de Europese regelgeving op een bepaald moment 12 750 euro per maand. Daardoor dreigden tien patiënten zonder medicijn te vallen. Het Bijzonder solidariteitsfonds werd op dat moment dus geplunderd door een enkele producent.

Na die berichtgeving vernamen wij dat tientallen producten een veelvoud kosten van de prijs waarvoor apothekers ze magistraal zouden kunnen bereiden. De besparing voor de gezondheidszorg zou uiteraard miljoenen kunnen bedragen.

Er is hierover al een actuele vraag gesteld, mevrouw de minister, dus ik update mijn vragen even. Over dit aspect hadden wij het toen niet en ondertussen bestaat er al wat meer duidelijkheid over.

Wat het medicijn CDCA betreft, was er overduidelijk marktmanipulatie en machtsmisbruik in het spel. Hebt u daar ondertussen iets tegen ondernomen?

Waarom is de toelating voor een magistrale bereiding van CDCA door het UZ Leuven niet meer van toepassing? Ik wilde vragen wat de aanleiding daarvoor was, maar blijkbaar gaat het om een gebrek aan kwaliteitsvolle grondstoffen.

De belangrijkste vraag betreft het machtsmisbruik van de firma Leadiant. Kunt u daartegen iets ondernemen? Of hebt u daartegen iets ondernomen?

Ten slotte, er bleken nog veel producten zeer duur te zijn, terwijl er een magistrale bereiding is die de ziekteverzekering tot 100 miljoen

04.01 Karin Jiroflée (sp.a): Une manipulation du marché et un abus de pouvoir flagrant ont fait exploser le prix du CDCA (acide chénodésoxycholique). La ministre a-t-elle pris des mesures dans l'intervalle pour lutter contre ce phénomène? Pourquoi l'UZ - Leuven ne peut-il plus préparer ce médicament magistralement? Est-il effectivement question d'une pénurie de matière première de qualité? La ministre peut-elle intervenir contre l'abus de pouvoir auquel se livre la firme Leadiant?

De nombreux autres produits sont très coûteux, alors que les préparations magistrales pourraient permettre à l'assurance maladie de réaliser jusqu'à 100 millions d'euros d'économies. Les pharmaciens ont indiqué à cet égard avoir transmis une liste de dix produits similaires à la ministre. Les autorisera-t-elle à réaliser des préparations magistrales pour que les prix soient moins élevés?

zou kunnen besparen. De apothekers lieten naar aanleiding van dat voorval weten dat ze u een lijst van tien van dergelijke producten hadden bezorgd. Gaat u op deze vraag in? Krijgen de apothekers uw steun en toestemming om die magistrale bereidingen te maken aan een goedkopere prijs?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik sluit mij hierbij aan. Er is reeds heel veel in de media verschenen met betrekking tot CDCA, ik ga de hele casus dus niet herhalen. U zei elders reeds dat er een tijdelijke oplossing komt; ik weet niet meer of u dat zei in de plenaire vergadering of in de commissie. In elk geval, er is reeds een tijdelijke oplossing, u hebt daaromtrent een akkoord. Dus zonder terug te vervallen in de oude casus en het mediaverhaal, dat de aanleiding is geweest voor de vraag, wil ik mij aansluiten bij de vragen van mijn collega.

Kunnen wij nog iets leren uit de Nederlandse oplossingen? Kunnen wij hieruit iets overnemen in ons land?

Wat kunt u doen op Europees niveau om iets te doen aan de onrechtvaardige regelgeving?

Kunt u dwanglicenties mogelijk maken in ons land?

04.03 Minister Maggie De Block: De Nederlandse oplossing, die geen oplossing meer was wegens de onzuiverheid van het preparaat – het was slechts voor 99,7 % zuiver, terwijl het 100 % zuiver moest zijn –, is in België wettelijk ook mogelijk. Het werd ook al gebruikt in het Leuvense ziekenhuis.

Zowel ziekenhuizen als voor het publiek opengestelde apotheken kunnen magistrale bereidingen met chenodeoxycholzuur of CDCA bereiden, op voorwaarde dat die grondstof voldoet aan alle criteria uit het koninklijk besluit van 19 december 1997 betreffende de controle en de analyse van de grondstoffen die door de officina-apothekers gebruikt worden.

Het ter beschikking stellen van CDCA in de vorm van door ziekenhuisapotheken aangemaakte magistrale bereidingen is momenteel geen optie, omdat de CDCA-grondstof onbeschikbaar is. Zonder grondstof is een magistrale bereiding onmogelijk.

Het FAGG heeft samen met het Leuvense Universitair Ziekenhuis een aantal denksporen verkend om de grondstof opnieuw te kunnen aankopen. Er is op dat vlak echter ook een monopolie door dezelfde firma op de grondstoffen. Die pistes brengen dus geen soelaas. Het is echt misdadig wat daar gebeurt.

Het FAGG volgt de toestand erg nauwlettend op. Uit contacten met de leveranciers kan worden bevestigd dat ernaar wordt gestreefd een conforme grondstof zo spoedig mogelijk op de Belgische markt beschikbaar te hebben.

Er wordt ook aan een oplossing op korte termijn gewerkt. Ze bestaat uit de terugbetaling van de vergunde geneesmiddelen via het Bijzonder solidariteitsfonds. Die oplossing is nog niet van toepassing; ze is een stok achter de deur. Er is daarbij wel een plafond van 1 250 euro per jaar.

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Je m'associe à l'intervention de ma collègue. La ministre aurait entre-temps obtenu un accord pour le CDCA.

Pouvons-nous tirer des enseignements supplémentaires des solutions appliquées par les Pays-Bas? Comment la ministre pourrait-elle remédier à cette réglementation inique à l'échelon européen? Pourrait-elle instaurer des licences obligatoires en Belgique?

04.03 Maggie De Block, ministre: En Belgique également, pour autant que la matière première respecte les critères de l'arrêté royal du 19 décembre 1997, les hôpitaux et les pharmaciens peuvent produire des préparations magistrales à base de CDCA. Dès lors que le CDCA est temporairement indisponible, cette solution n'est cependant pas praticable. Plusieurs pistes ont été explorées par l'AFMPS et l'UZ Leuven pour reprendre les achats de la matière première. Mais ces tentatives se heurtent à l'abus de sa position dominante par l'entreprise.

Les fournisseurs ont l'intention de commercialiser dans les meilleurs délais une matière première conforme sur le marché belge. La seconde solution consisterait à accorder par l'entremise du Fonds de solidarité un remboursement plafonné à 1 250 euros par an du médicament sous licence.

Le règlement européen relatif aux médicaments orphelins est un levier majeur pour le développement de médicaments destinés aux patients atteints de maladies rares.

De Europese verordening inzake weesgeneesmiddelen is over het algemeen een belangrijke stimulans voor het ter beschikking stellen van geneesmiddelen voor zeldzame aandoeningen waarvoor anders geen therapie zou bestaan. Ze heeft dus op dat vlak haar nut bewezen.

Er zijn inderdaad een beperkt aantal gevallen, waar bepaalde modaliteiten van de verordening het ongewild mogelijk maken dat producenten het weesgeneesmiddelenstatuut aanvragen voor specialiteiten die geen innovatie in de behandeling van de ziekte in kwestie leveren, wat indruist tegen de filosofie van die verordening.

Dat is hier het geval. Het geneesmiddel werd door het EMA erkend als weesgeneesmiddel, nadat het zestig jaar op de markt was voor spijsverteringsstoornissen. Daar is echt een stomiteit begaan. Ik heb dat al meerdere keren aangekaart en zowel op Belgisch als op Europees niveau werd dat erkend.

Ik heb het ook nog eens gemeld bij mevrouw Vestager van de Europese Commissie en ik wacht op haar antwoord.

Ik pleit ervoor dat dat soort achterpoortjes zou worden gesloten, omdat die zeker in het aangehaalde geval echt worden misbruikt. Dat men aan een geneesmiddel van zestig jaar oud de titel van weesgeneesmiddel toekent terwijl er geen extra werking is, waardoor het geneesmiddel kan worden opgeslagen en er een monopolie ontstaat, niet alleen voor de vervaardiging van het geneesmiddel maar ook voor de aankoop van de grondstoffen, noem ik een maffieuze praktijk.

Momenteel loopt er ook een consultatie over de verordening bij de verschillende stakeholders, met de bedoeling pijnpunten in de verordening en de Europese omkadering van weesgeneesmiddelen te identificeren, een consultatie waaraan wij bij monde van het FAGG en de Belgische vertegenwoordiging in het Committee for Orphan Medicinal Products – wij hebben de problematiek inderdaad al twee keer op de Europese agenda geplaatst – hebben deelgenomen. De specifieke problematiek is opgenomen in de antwoorden op de consultatie.

Voor de behandeling van andere zeldzame aandoeningen onderzoekt het FAGG momenteel de mogelijkheid van een structurele terugbetaling door het RIZIV van behandelingen via magistrale bereidingen. Om magistrale bereidingen toe te laten, moeten wij wel eerst over kwaliteitsvolle grondstoffen beschikken.

Er werden ons ondertussen nog twee nieuwe loten bezorgd, die onderzocht werden, waarvan er een spijtig genoeg niet voldoende zuiver blijkt te zijn. De magistrale bereidingen lijken wel een haalbare oplossing, uiteraard op voorwaarde dat wij de geschikte grondstof kunnen vinden.

Dwanglicenties voor weesgeneesmiddelen die in zulke kleine hoeveelheden geproduceerd moeten worden, zijn eigenlijk geen goede piste, gelet op de volgende kanttekeningen. De intellectuele rechten vormen de hoeksteen van innovatie en het risico bestaat dat bedrijven door de toekenning van dwanglicenties geen innoverende

Il arrive que des producteurs demandent que des médicaments non innovants obtiennent le statut de médicaments orphelins, ce qui est contraire à la philosophie du règlement. Un médicament contre les troubles digestifs commercialisé depuis 60 ans s'est, par exemple, vu accorder ce statut, ce qui avait donné lieu à une augmentation de son prix et à un abus de position dominante.

Le règlement fait actuellement l'objet de consultations en vue d'en identifier les points problématiques. Le problème précité est également pris en considération dans ce cadre. L'AFMPS examine si les traitements d'autres maladies rares faisant l'objet de préparations magistrales peuvent être remboursés. Il faut toutefois alors également pouvoir disposer de matières premières de qualité.

Il n'est pas judicieux de recourir aux licences contraignantes pour les médicaments orphelins qui sont produits en petites quantités. Les droits intellectuels constituent, en effet, la clé de voûte de l'innovation et les entreprises veulent, dès lors, avoir des certitudes à cet égard. De plus, la production de certains médicaments exige des investissements énormes et une licence contraignante limitée dans le temps a un effet dissuasif dans ce cas. Nous devons, dès lors, rechercher des solutions structurelles. Nous devons dans le même temps, à l'échelon européen, maintenir la pression pour prévenir l'apparition de pratiques maffieuses.

L'offre de M. Coucke et de sa société active dans l'exploitation de matières premières n'a pas encore mené à une solution jusqu'ici.

producten meer zullen ontwikkelen of pas wanneer een absolute zekerheid bestaat omtrent de eigendomsrechten. Van die rechten mag wel geen misbruik gemaakt worden om ongerechtvaardigde exorbitante prijzen te vragen en concurrentie op de markt te voorkomen. Voor biologische producten, cel- of gentherapieën of ATMP's zijn er bovendien niet zoveel bedrijven die over de vereiste technologieën beschikken of zulke technologieën kunnen ontwikkelen. Zelfs met een dwanglicentie vergt de productie van dergelijke geneesmiddelen een grote investering. Productie binnen een jaar is bijvoorbeeld niet mogelijk, waardoor de investering onaantrekkelijk is voor bedrijven, aangezien de dwanglicentie maar voor een bepaalde periode geldt en daarna afloopt. Ik denk dus dat wij andere structurele oplossingen moeten zoeken.

Tegelijk moeten wij op Europees niveau druk blijven uitoefenen. De toekenning van het label weesgeneesmiddel door het EMA, in dit geval na het zestigjarig bestaan van het betreffende geneesmiddel, maakt dat er echt een maffieuze praktijk opgezet kon worden.

Wij hebben ondertussen ook hulp gekregen van de heer Coucke, die een grondstoffenfirma uitbaat. Ik vind zijn aanbod vriendelijk en wij hebben ook onze volledige medewerking verleend. Tot nu toe is er echter in die richting ook nog geen oplossing gevonden. Daarmee geef ik maar aan dat het niet zo simpel is.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): De heer Coucke heeft hierover een aantal verklaringen afgelegd en bij mij rees ook de vraag of dat al dan niet gelukt was.

04.05 Minister Maggie De Block: Tot nu toe nog niet, maar ik apprecieer het feit dat hij dat heeft gedaan.

04.06 Karin Jiroflée (sp.a): Uiteraard, ik ook.

Ik noteer voorts dat er een consultatie loopt over de gaten in de verordening over de weesgeneesmiddelen. Daarnaast noteer ik dat er een onderzoek loopt van het FAGG naar het verkrijgen van meer zuivere grondstoffen. Wij volgen dat in elk geval op.

04.07 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik sluit mij aan bij de laatste bedenking van mevrouw Jiroflée.

Wanneer het om Europa en om het sluiten van achterpoortjes gaat, blijkt dat in veel dossiers niet zo gemakkelijk te zijn. Er is nog een lange weg te gaan.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'indisponibilité de nombreux médicaments" (n° 28148)**

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les pénuries de médicaments" (n° 29082)**

05 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de onbeschikbaarheid van tal van geneesmiddelen" (nr. 28148)**

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en**

Migratie over "geneesmiddelentekorten" (nr. 29082)

05.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, permettez-moi de formuler une petite remarque avant de poser ma question. Bien souvent, celles et ceux qui demandent la présence de madame la ministre dans cette commission afin de répondre à leurs questions ne sont pas là pour les poser.

Récemment interpellé par un médecin de ma région quant à la pénurie de certains médicaments, je suis allé le 11 mars dernier sur le site internet de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Ce site indiquait que, à la date précitée, 441 médicaments étaient "temporairement indisponibles". Je pense qu'il s'agit là d'un record.

S'il existe parfois des alternatives de traitement, ce n'est pas le cas pour tous les médicaments, ce qui est évidemment problématique pour les patients. De l'avis même de l'association pharmaceutique belge, il y a de plus en plus de cas pour lesquels il n'existe pas de solution adaptée. Dans de tels cas, il faut alors soit arrêter la thérapie un certain temps, soit, lorsque ce n'est pas possible, opter pour un traitement moins optimal, ce qu'on pourrait appeler un second choix.

Par ailleurs, il s'avère que, lorsque de nombreux patients se tournent vers la seule alternative qui s'offre à eux, celle-ci peut, elle aussi, être en rupture de stock. C'est donc la loi de l'offre et la demande, en quelque sorte. Cette situation a été observée récemment avec un médicament pour la gestion de l'alcoolisme.

Il en va de même pour certains vaccins, dont il me revient par exemple que celui contre l'hépatite A est en rupture de stock. Afin de pallier ce problème, les patients sont dès lors obligés d'être couverts par un vaccin qui les protège des hépatites A et B, mais qui coûte bien évidemment deux fois plus cher. Comme vous le savez, mon collègue André Frédéric et moi-même ne sommes pas des spécialistes, mais nous sommes constamment à l'affût de la protection du patient.

Ce problème de pénurie des médicaments n'est pas nouveau et revient régulièrement au-devant de l'actualité. Un texte a été récemment examiné au sein de notre commission de la Santé publique afin d'apporter un élément de réponse au problème. Ce texte sera probablement positif, voir extrêmement positif, mais néanmoins insuffisant.

Quelles actions spécifiques avez-vous menées ou, pour poser la question différemment, quelles solutions avez-vous trouvées pour contrer ces pénuries de médicaments? Nous savons que l'industrie pharmaceutique a mis en œuvre des moyens, mais a-t-elle mis tous les moyens en vue de réduire les manquements pour les patients belges?

Parmi les options avancées par les pharmaciens figure la fin des contingentements. Madame la ministre, quel est votre point de vue par rapport à cette proposition? Et surtout, comment répondre aux attentes légitimes des malades pour que leurs médicaments leur soient livrés en temps et en heure et en quantité suffisante?

05.01 Daniel Senesael (PS): Op 11 maart heb ik op de website van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten gelezen dat er 441 geneesmiddelen tijdelijk niet beschikbaar waren.

Er zijn niet altijd alternatieve behandelingen voorhanden. Dat is dus een probleem voor de patiënten, die ofwel hun behandeling moeten opschorten ofwel voor een minder optimale behandeling moeten opteren. Wanneer patiënten allemaal tegelijk voor hetzelfde alternatief kiezen, is het mogelijk dat ook dat product niet meer beschikbaar is.

Onze commissie heeft onlangs een tekst besproken waarmee er een antwoord kan worden geboden op de terugkerende tekorten. Dat is een stap voorwaarts, maar het blijft onvoldoende.

Welke oplossingen stelt u voor? Heeft de farmaceutische industrie alle middelen aangewend om die tekorten weg te werken?

Wat is uw standpunt over het voorstel van de apothekers om een einde te stellen aan de contingentering? Hoe kan er tegemoetgekomen worden aan de verwachtingen van de zieken?

05.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Senesael, je vous remercie pour votre question.

Un groupe de travail a été installé à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) en collaboration avec l'INAMI mais aussi avec les pharmaciens, les pharmaciens hospitaliers, les firmes pharmaceutiques et les distributeurs.

Ce groupe de travail se réunit pour chercher des solutions afin de prendre en charge les indisponibilités, mais aussi des solutions préventives afin d'éviter que des indisponibilités n'apparaissent. Plusieurs actions ont été entreprises, comme l'établissement d'un arbre décisionnel permettant de prendre les mesures appropriées en cas d'indisponibilité afin de limiter au maximum les conséquences pour les patients.

L'évaluation de l'indisponibilité s'appuie sur des critères spécifiques, ce qui n'implique pas une conclusion univoque pour l'ensemble de ces indisponibilités. Effectivement, l'évaluation initiale prend en compte les éléments suivants: la durée de l'indisponibilité, le nombre de médicaments alternatifs, c'est-à-dire avec la même substance active et le même mode d'administration, et l'indication.

Dans la plupart des cas, les indisponibilités ne sont pas considérées comme critiques mais sont sous surveillance. A contrario, si l'indisponibilité peut être à risque, l'AFMPS se charge de contacter le fabricant pour obtenir de plus amples informations. Y a-t-il des stocks restants? Quelles est la gravité de la situation? Quelles sont les raisons? Quelles sont les solutions possibles? Elle contacte également les fabricants des médicaments alternatifs afin d'anticiper une augmentation possible des commandes.

Si des problèmes majeurs sont attendus, l'AFMPS vérifie s'il existe d'autres alternatives thérapeutiques équivalentes, ainsi que la possibilité d'obtenir une dérogation et des importations des stocks prévus initialement à l'étranger.

Dans le cas des ruptures de stock critiques, une *task force* composée d'experts internes et externes se réunit pour trouver des solutions de remplacement: des traitements par d'autres médicaments, des préparations magistrales, des restrictions de l'usage, etc.

En ce qui concerne les médicaments mentionnés, l'AFMPS n'a reçu aucune notification pour l'Ocrévus depuis sa commercialisation, le 27 février 2018; l'Imitrex subcutané, indiqué contre les céphalées migraineuses, est de retour sur le marché belge depuis le 6 décembre 2018.

Par rapport à la proposition de loi soumise pour avis à la Commission européenne, cette dernière ne s'est pas prononcée définitivement sur la proposition mais elle a avancé certains éléments importants à prendre en compte au moment de l'analyser, afin de voir si elle constitue une entrave ou non à la libre circulation. Nous estimons que ce n'est pas le cas. La proposition de loi examinée au sein de notre commission a pour but la garantie de l'approvisionnement continu chez les grossistes répartiteurs et les pharmacies belges. La proposition renforce également la définition de l'indisponibilité ainsi que la notification de celle-ci. Ainsi, un produit sera considéré comme

05.02 **Minister Maggie De Block:**
Er werd een werkgroep opgericht in de schoot van het FAGG in samenwerking met het RIZIV, de apothekers, de farmaceutische bedrijven en de verdelers teneinde oplossingen te vinden en nieuwe tekorten te voorkomen.

Een van de acties die werd ondernomen, is het opstellen van een beslisboom voor het nemen van maatregelen, zodat de gevolgen voor de patiënt beperkt blijven. De evaluatie is gestoeld op specifieke criteria en impliceert geen eensluidende oplossing voor alle tekorten.

Tijdens de initiële evaluatie wordt er rekening gehouden met de duur van het tekort, het aantal alternatieven met dezelfde actieve bestanddelen, dezelfde wijze van toediening en dezelfde indicaties.

De meeste tekorten zijn niet kritiek, maar worden waakzaam opgevolgd. Wanneer er een tekort dreigt, neemt het FAGG contact op met de fabrikant om te achterhalen hoeveel geneesmiddelen er nog in stock zijn, hoe ernstig de situatie is, wat de redenen en de oplossingen voor het tekort zijn en welke fabrikanten alternatieve geneesmiddelen produceren.

Als er grote problemen verwacht worden, gaat het FAGG na of er gelijkwaardige therapeutische alternatieven bestaan en of een afwijking mogelijk is. Het bekijkt ook of er voorraden ingevoerd kunnen worden. In geval van een kritiek voorraadtekort komt er een taskforce samen om te zoeken naar alternatieve oplossingen.

Het FAGG heeft geen enkele melding betreffende Ocrevus of onderhuidse Imitrex ontvangen.

De Europese Commissie heeft zich niet definitief uitgesproken over het wetsvoorstel, maar heeft wel een aantal punten naar voren gebracht waarmee er rekening

étant indisponible dès que la firme ne pourra pas répondre à une commande endéans les 72 heures. De plus, l'indisponibilité devra être notifiée au plus tard lorsque le produit sera considéré comme étant indisponible.

L'AFMPS développe également une plate-forme en ligne qui contribuera à améliorer la communication relative à l'indisponibilité des médicaments en Belgique. Cette application comportera deux volets: d'une part, l'échange de l'information entre un pharmacien-grossiste-distributeur et les titulaires d'autorisations de mise sur le marché, d'autre part, l'échéance de l'information entre les titulaires d'autorisations de mise sur le marché et l'AFMPS.

Ce système sera utilisé pour transmettre des notifications à l'AFMPS en cas d'arrêt de la commercialisation d'un médicament ou en cas d'indisponibilité temporaire.

Les titulaires d'autorisations de mise sur le marché sont tenus de notifier les modifications relatives à la disponibilité des médicaments. Toutes les informations seront accessibles via les logiciels des médecins et des pharmaciens. La mise en production de cette plate-forme est attendue pour le troisième trimestre de 2019.

Comme vous l'indiquez, il est actuellement difficile de mesurer exactement l'ampleur de la problématique des indisponibilités, puisque nous ne pouvons baser notre analyse que sur les données transmises par les firmes pharmaceutiques en précisant la définition d'indisponibilité, en raccourcissant les délais de l'obligation de la notification d'indisponibilité et en prévoyant des amendes en cas de non-respect. Par l'établissement de la plate-forme, nous pourrions également garantir une vue plus complète et correcte de la situation.

Il convient de rappeler qu'une réelle indisponibilité, causée par exemple par un problème de production, peut encore survenir. Les actions décrites ci-dessus ne préviennent en effet pas ce type d'indisponibilités, mais ont pour but de réduire l'impact que celles-ci ont pour le patient. C'est pour cela que le groupe de travail étudie également des mesures possibles pour prévenir ces indisponibilités.

Néanmoins, des normes imposées à l'industrie pharmaceutique, comme par exemple l'utilisation de plusieurs lignes de production, ne peuvent pas être plus strictes en Belgique que dans les autres États membres, car cela pourrait avoir un effet inverse. Ce genre de mesures doivent donc être prises au niveau européen. C'est la raison pour laquelle l'AFMPS participe activement à des groupes de travail à ce niveau.

En ce qui concerne le contingentement, celui-ci a été, comme vous l'avez dit, voté ici en commission.

L'incompatibilité du statut de grossiste-répartiteur et de celui d'exportateur aurait pour conséquence que les firmes pharmaceutiques auront la garantie que tout produit commandé par le grossiste-répartiteur sera destiné aux patients belges. Cela rejoint la proposition avancée par les pharmaciens.

gehouden moet worden om te bepalen of er sprake is van belemmering van het vrije verkeer. Wij zijn van mening dat dat niet het geval is.

Doel van het wetsvoorstel is de continue bevoorrading van de Belgische groothandelaars-verdelers en apotheken te verzekeren. In het wetsvoorstel wordt de definitie van de onbeschikbaarheid, alsook de melding ervan verruimd. Zo zal een product als onbeschikbaar beschouwd worden als het bedrijf de levering niet binnen 72 uur kan uitvoeren. De onbeschikbaarheid moet ten laatste gemeld worden op het moment dat het product als onbeschikbaar beschouwd wordt.

Via een onlineplatform zal de informatie-uitwisseling tussen de betrokken actoren en het FAGG verbeterd worden.

Dat systeem zal worden gebruikt om in geval van de stopzetting van de commercialisering of de tijdelijke onbeschikbaarheid van een geneesmiddel het FAGG daarvan in kennis te stellen.

De houders van een vergunning voor het in de handel brengen moeten de wijzigingen inzake de beschikbaarheid van geneesmiddelen melden. De informatie zal via de software van de artsen en apothekers toegankelijk zijn. Het platform zou in de derde helft van 2019 operationeel moeten zijn. Het zal ons in staat stellen een vollediger beeld van de situatie te krijgen.

Het kan nog gebeuren dat er geneesmiddelen onbeschikbaar zijn. De werkgroep bestudeert mogelijke maatregelen om dat te voorkomen. De normen die er aan de farmaceutische industrie worden opgelegd, mogen in België niet strenger zijn dan in de andere lidstaten. Die maatregelen moeten op Europees niveau genomen worden. Het FAGG neemt deel

aan werkgroepen op dat niveau.

De contingentering werd in deze commissie goedgekeurd.

De onverenigbaarheid van de status van groothandelaar-verdeler met die van exporteur biedt de farmabedrijven de garantie dat een door een groothandelaar-verdeler besteld product voor Belgische patiënten bestemd is. Dat is de vraag van de apothekers.

05.03 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, avant de passer à ma réplique, je voudrais dire deux choses.

Je pense que c'est la dernière séance de questions avant la fin de la législature. Je voulais vous adresser mes félicitations. À toutes nos questions, vous avez répondu de la manière la plus complète possible. Nous pouvons ne pas être d'accord, mais je vous dois le respect. Je pense que j'ai rarement vu des ministres aussi régulièrement en avance, à la disposition du Parlement pour répondre aux questions. Je tiens à vous en remercier.

Madame la ministre, nous avons débattu de cette question il y a quinze jours. En réponse à mon interpellation, vous aviez rappelé à l'importance de l'arbre décisionnel.

Je pense qu'à présent, c'est clair, et que chacun a pu s'approprier les éléments de réponse nécessaires.

À propos de cette évaluation de l'indisponibilité, madame la ministre, je ne peux évidemment que conforter vos dires, que ce soit au niveau de la durée ou du nombre de médicaments alternatifs. On en avait parlé et je me souviens très bien des réponses que vous m'aviez données.

Je voudrais apporter une précision sur la variabilité du patient, qui n'est ni scientifique, ni parfois objectivable. Malade chronique, de longue durée, il peut s'angoisser de ne pas trouver au moment voulu et opportun le médicament qui lui est nécessaire. C'est sur ce point que je souhaiterais terminer.

Que ce soit vous ou les autres ministres, lorsqu'on donne la possibilité d'exploiter des médicaments à des firmes pharmaceutiques, il devrait être garanti que, dès la mise sur le marché d'un médicament, il soit disponible en suffisance en fonction des analyses établies.

Vous l'aviez très bien rappelé, il y a quinze jours. J'ai l'impression que vous nous le dites parce que vous devez le faire, mais sans conviction. Vous dites que la *task force* se réunit. Je suis certain que c'est vrai mais elle doit se réunir avec des objectifs concrets et atteignables. Se réunir pour se réunir, vous savez très bien comme moi que c'est stérile, madame la ministre. Vous êtes pragmatique. C'est peut-être pour cette raison que nous avons des convergences. Il faut répondre aux demandes. On peut jouer au Lotto, à des jeux de hasard mais on ne joue pas avec la santé des patients. Je ne vous

05.03 Daniel Senesael (PS): Mevrouw de minister, dit is de laatste vragenronde voor het einde van de legislatuur en ik wil u danken voor uw antwoorden, die altijd zeer volledig waren, en voor uw bereidheid om in het Parlement steeds onze vragen te komen beantwoorden.

In uw antwoord op mijn vorige interpellatie hebt u gewezen op het belang van de beslisboom.

Ik ben het daarmee eens. Men moet de tekorten evalueren, zowel op basis van de duur als van het aantal alternatieve geneesmiddelen. De angst van chronisch en langdurig zieken die niet hun gebruikelijke behandeling kunnen krijgen is echter niet wetenschappelijk gefundeerd, noch objectieverbaar. De minister moet van de farmaceutische bedrijven die een vergunning krijgen om hun geneesmiddelen te verdelen eisen dat zij de beschikbaarheid waarborgen.

U zegt dat de werkgroep vergadert maar zijn doelstellingen moeten concreet zijn en uitgevoerd worden. Er mag niet gespeeld worden met de gezondheid van de patiënten.

accuse en rien. J'attire simplement votre attention sur le fait que, quand on occupe comme vous de hautes responsabilités, il faut pouvoir faire en sorte que ces médicaments soient à la disposition de ceux qui en ont vraiment besoin.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De vragen nr. 28248 van de heer Vanvelthoven, nrs. 28301 en 28303 van de heer Blanchart en nr. 28304 van mevrouw Van Peel worden omgezet in schriftelijke vragen.

06 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le protocole du 19 décembre 2017" (n° 28335)

06 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het protocol van 19 december 2017" (nr. 28335)

06.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, depuis décembre 2017, un protocole a été signé entre l'autorité fédérale et les entités fédérées concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement des patients/clients et les professionnels des soins de santé en dehors d'un établissement de soins. Ce protocole doit permettre de faire évoluer les réglementations au regard de la réalité rencontrée au quotidien par les professionnels sur le terrain.

Dans ce protocole, vous vous engagez à préparer les projets de législation nécessaires afin d'adapter l'actuelle exception à l'exercice illégal de l'art infirmier par l'aidant proche. Vous vous engagez également à établir une liste de prestations qui ne pourraient pas être déléguées à des non-professionnels de la santé.

Madame la ministre, où en sont les travaux actuellement? Avez-vous pu établir la liste d'actes pouvant être ou non délégués à des non-professionnels de la santé? Sur quelle base cette liste a-t-elle été rédigée? Qui avez-vous consulté dans ce cadre? Ces projets pourront-ils encore voir le jour sous cette législature?

06.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, au travers du protocole d'accord du 19 décembre 2017 concernant la coopération entre les personnes issues de l'environnement du patient et les professionnels des soins de santé, je me suis engagée à préparer les modifications de lois nécessaires en vue de permettre à des personnes de l'environnement du patient de pouvoir réaliser certains actes infirmiers chez les patients. Cela concerne les enseignants, les éducateurs, les moniteurs de mouvements de jeunesse et les gardes d'enfants.

Bien entendu, cela doit se faire, comme pour les aidants proches, dans un cadre de qualité bien défini. Le médecin ou l'infirmier doit donner l'autorisation de réaliser une ou plusieurs prestations techniques chez un patient donné. Le médecin ou l'infirmier doit former la personne de l'environnement du patient et une procédure ou un plan de soins doit être établi. Un document doit être établi reprenant l'identité du patient et celle de la personne qui a reçu l'autorisation, les prestations techniques autorisées, la durée de l'autorisation ainsi que d'éventuelles conditions supplémentaires.

06.01 André Frédéric (PS): De federale overheid en de deelgebieden hebben een protocolakkoord gesloten inzake de samenwerking tussen personen uit de omgeving van de patiënt/cliënt en gezondheidszorgbeoefenaars buiten een zorgvoorziening. Daarin verbindt u zich ertoe de bestaande uitzondering op de onwettige uitoefening van de verpleegkunde voor de mantelzorger aan te passen, en een lijst op te stellen van de verstrekkingen die niet mogen worden toevertrouwd aan niet-gezondheidszorgbeoefenaars.

Hebt u die lijst intussen opgesteld? Op welke grondslag berust die lijst? Wie hebt u in dezen geraadpleegd?

06.02 Minister Maggie De Block: Via het protocolakkoord van 19 december 2017 inzake de samenwerking tussen personen uit de omgeving van de patiënt/cliënt en de gezondheidszorgbeoefenaars buiten een zorgvoorziening heb ik mij ertoe verbonden wetswijzigingen voor te bereiden op basis waarvan personen uit de omgeving van de patiënt bepaalde verpleegkundige handelingen zullen mogen uitvoeren. Het betreft hier onderwijzend personeel, leiders van jeugdbewegingen en personeel in de kinderopvang.

Die handelingen mogen enkel uitgevoerd worden in een welomlijnd kader en met de toestemming

L'administration du SPF Santé publique a transposé le protocole d'accord en projet de modification législative visant à modifier l'article 524 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé portant sur l'exercice illégal de l'art infirmier. Ce projet a ensuite été soumis au gouvernement, qui a estimé que le projet tel qu'il était proposé ne pouvait pas être poursuivi, compte tenu des réactions négatives provenant de groupes professionnels des infirmiers. Ces derniers ne sont pas d'accord avec le fait que certains actes soient pratiqués chez le patient et que les infirmiers pourraient déléguer. Ils ont trop de travail mais ne sont pas d'accord avec cette mesure!

C'est notamment la liste des actes techniques qu'un médecin ou un infirmier ne peut pas déléguer à une personne de l'environnement du patient qui a suscité des réactions négatives chez les infirmiers. Cette liste avait été établie en concertation avec des experts.

Entre-temps, nous avons reçu un avis de trois organisations professionnelles d'infirmiers. L'ACN, la NVKVV et le KPVDB ne sont pas d'accord entre elles non plus en vue d'optimiser encore cette liste. À la suite de cet avis, nous avons adapté encore ce projet de loi.

Mais compte tenu des circonstances politiques et dans la mesure où il n'y a pas encore d'accord au sein du gouvernement sur ce projet de loi, voir aboutir ce dossier au cours de la présente législature ne me semble plus réalisable. Je le regrette profondément. Nous avons trop tardé à recueillir les avis sur le terrain. Ensuite, toutes les associations n'étaient pas d'accord; elles sont d'accord pour dire qu'il y a trop de travail, que ce travail est utile, mais elles n'étaient pas d'accord sur la liste. Cela part dans tous les sens, comme sur la question des heures supplémentaires pour les aidants proches. Un avis parlait de 8 heures et un autre de 1 280 heures. Cette liste allait dans tous les sens. Je le regrette. Dans les écoles, dans les crèches, auprès des personnes handicapées ou des gens âgés, la demande est grande mais c'était une naissance très difficile.

van een arts of een verpleegkundige, die de gemachtigde persoon moeten opleiden. Er moet een zorgplan worden opgesteld, evenals een document waarin de identiteit van de patiënt en van de gemachtigde persoon, de toegestane technische verstrekkingen en de duur van de toestemming worden vastgelegd.

Een ontwerp tot wijziging van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen werd voorgelegd aan de regering. De regering wilde dit ontwerp evenwel niet steunen gezien de negatieve reacties van de vertegenwoordigers van de verpleegkundigen (met betrekking tot de in samenspraak met experts opgestelde lijst van technische handelingen die een arts of een verpleegkundige niet mag delegeren).

Wij hebben het wetsontwerp gewijzigd ingevolge de adviezen die we van drie organisaties van verpleegkundigen hebben ontvangen.

Het lijkt niet meer haalbaar om dat dossier nog tijdens deze legislatuur rond te krijgen. Ik betreur dat. Wij hebben getalmd met het inwinnen van de adviezen op het terrein. De verenigingen waren het niet eens over de lijst, waarover de meningen hopeloos verdeeld waren.

06.03 André Frédéric (PS): Je vous remercie pour votre réponse.

Je regrette aussi que l'on ne puisse avancer davantage, mais je comprends les difficultés auxquelles vous avez été confrontée. Peut-être dans une autre vie, dans quelques semaines, pourrez-vous remettre l'ouvrage sur le métier?

06.03 André Frédéric (PS): Ik betreur dat we niet meer vooruitgang kunnen boeken.

06.04 Maggie De Block, ministre: C'est prêt, mais nous devons attendre jusqu'après les élections.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 28352, 28404 en 28452 van mevrouw Muylle, nrs. 28436, 28514 en 28521 van mevrouw Ben Hamou en nr. 28460 van de heer Senesael worden omgezet in schriftelijke vragen. Vraag nr. 28450 van mevrouw Fonck wordt uitgesteld.

07 Questions jointes de

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "la centralisation des opérations du pancréas et de l'oesophage" (n° 28523)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "la centralisation des opérations du pancréas et de l'oesophage" (n° 28705)

07 Samengevoegde vragen van

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het centraliseren van de pancreas- en slokdarmoperaties" (nr. 28523)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het centraliseren van de pancreas- en slokdarmoperaties" (nr. 28705)

07.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, comme certains collègues, j'ai récemment été interpellé par l'Union professionnelle des chirurgiens de Belgique (VBS-GBS) au sujet de la centralisation des opérations du pancréas et de l'œsophage.

L'Union vous a, du reste, fait part de ses craintes à plusieurs reprises au sujet des quotas opératoires élevés qui devraient être fixés à l'avenir pour ces pathologies.

En effet, le passage à vingt opérations par an ne serait à la portée que de quatre à cinq hôpitaux pour les pathologies oesophagiennes, et de six à sept hôpitaux pour les pathologies pancréatiques.

Sur la base de la littérature scientifique, s'il ne fait pas de doute pour l'Union professionnelle qu'il faut centraliser ce type de chirurgie - en particulier la pathologie maligne -, elle estime que cette centralisation va à l'encontre de la réalité. Le projet semble en effet globaliser les pathologies bénignes et malignes, alors que ces interventions complexes revêtent une nature radicalement différente.

Madame la ministre, pourquoi ne pas avoir pris en compte les remarques de la VBS-GBS émises lors des discussions? Quels motifs fondamentaux justifient-ils l'imposition d'une telle centralisation? Sur la base de quels éléments estimez-vous que la qualité des soins prodigués aux patients sera revue à la hausse à la suite de cette centralisation? Pourquoi ne pas avoir opéré de distinction entre les pathologies bénignes et malignes? À partir de quand ces quotas seront-ils d'application? Une évaluation de la mesure est-elle prévue?

07.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je vous remercie de votre question.

Vous faites référence à la lettre de l'Union professionnelle des chirurgiens de Belgique relative à la concentration de la chirurgie complexe du pancréas et de l'œsophage. À la faveur de ma réponse à votre question, je me devais de corriger certaines remarques contenues dans le courrier.

Le texte de la convention énonce très clairement en son article 5.2 que, en ce qui concerne le quota d'opérations, deux possibilités d'adhésion existent pour la chirurgie complexe de l'œsophage: un hôpital effectue au moins vingt interventions ou bien deux hôpitaux pratiquent chacun au moins dix interventions dans la même année après avoir conclu un accord de coopération.

Pour la chirurgie du pancréas, une troisième possibilité a été ajoutée:

07.01 André Frédéric (PS): Het Verbond der Belgische Beroepsverenigingen van Artsen-Specialisten (VBS-GBS) heeft melding gemaakt van zijn ongerustheid over de hoge quota voor pancreas- en slokdarmoperaties.

De overstap naar twintig operaties per jaar zou enkel in het bereik liggen van vier of vijf ziekenhuizen voor slokdarmaandoeningen en van zes of zeven ziekenhuizen voor pancreasaandoeningen. Het wetsontwerp lijkt goedaardige en kwaadaardige pathologieën over één kam te scheren, terwijl de complexiteit van de ingrepen helemaal niet dezelfde is.

Waarom wordt er geen rekening gehouden met de opmerkingen van het VBS-GBS? Waarom wordt deze centralisatie opgedrongen? Is er voorzien in een evaluatie van deze maatregel?

07.02 Minister Maggie De Block: Krachtens de overeenkomst bestaan er twee toetredingsmogelijkheden voor de complexe slokdarmchirurgie: minstens 20 operaties per jaar verrichten in een ziekenhuis of tien in elk van twee ziekenhuizen die een samenwerkingsakkoord hebben gesloten. Bovendien kan men in het kader van pancreaschirurgie tien Whipple-operaties per jaar verrichten en, samen met de twee andere instellingen waarmee er een samenwerkingsakkoord is gesloten, 22 in totaal.

un hôpital qui pratique au moins dix interventions a conclu un accord de coopération avec deux établissements de soins qui ont effectué ensemble un total de minimum vingt-deux opérations au cours de la même année.

Le nombre d'hôpitaux qui peuvent ainsi adhérer à la convention concernant l'œsophage est estimé à environ 10 hôpitaux, dont 5 en Flandre, 2 à Bruxelles et 3 en Wallonie pour 510 œsophagectomies, au lieu de 52 hôpitaux actuellement.

Le nombre d'hôpitaux qui peuvent ainsi adhérer à la convention concernant le pancréas est estimé à environ 14 hôpitaux, dont 9 en Flandre, 2 à Bruxelles et 3 en Wallonie, pour 542 pancréatoduodénectomies, au lieu de 55 hôpitaux.

Pour établir les critères, nous avons tenu compte de plusieurs facteurs. Tout d'abord, les experts en matière de chirurgie du pancréas et de l'œsophage ont aidé à déterminer les critères requis en vue de garantir la qualité pour le patient. Le seuil de 20 interventions est pour eux le minimum absolu pour pouvoir garantir des soins de qualité. Certains ont demandé 40, mais cela représenterait deux centres en Belgique. C'était impossible.

La qualité des soins ne dépend pas seulement du chirurgien, mais aussi de l'expertise complète pré- et post-opératoire. La concentration de la chirurgie ne peut pas engendrer de listes d'attente. C'est pourquoi les possibilités supplémentaires, mais temporaires, listées ci-dessus, sont prévues afin de rendre possible une transition fluide.

Des capacités de croissance directement disponibles des hôpitaux qui doivent maintenant réaliser au minimum 20 interventions par an, il apparaît qu'il y aurait le risque de ne pas pouvoir procéder à toutes les interventions – comme nous l'avons dit, 510 pour l'œsophage et 540 pour le pancréas – uniquement dans ces hôpitaux. C'est la raison pour laquelle les critères d'adhésion ont été modifiés, afin que deux hôpitaux, comptant au minimum dix interventions par an, puissent également y adhérer. Il est toutefois important qu'ils effectuent toutes les interventions dans un seul hôpital à partir du 1^{er} janvier 2020.

Une répartition géographique optimale est nécessaire entre les hôpitaux qui adhèrent à cette convention.

Il existe une troisième possibilité d'adhésion à la convention concernant le pancréas, à savoir un hôpital avec plus de dix interventions qui s'allie à deux autres hôpitaux, pour un total de 22 interventions la même année. Ici aussi, la centralisation doit avoir lieu avant le 1^{er} janvier 2020.

Ainsi que déjà précisé au premier point mentionné, la complexité de ce traitement ne réside pas seulement dans la procédure chirurgicale proprement dite, mais aussi dans l'expertise complète pré- et postopératoire disponible, afin de reconnaître, entre autres, très rapidement les signaux d'alarme. Cela permet également d'éviter ainsi de nouvelles interventions difficiles et cela vaut aussi pour les interventions lourdes en cas de pathologies bénignes.

Lors des discussions relatives à la rédaction des conventions, les chiffres du Registre du Cancer concernant la mortalité dans les

Ongeveer tien ziekenhuizen, in plaats van de huidige 52, zullen tot de overeenkomst inzake slokdarmchirurgie toetreden, vijf in Vlaanderen, twee in Brussel en drie in Wallonië, voor 510 slokdarmoperaties. Ongeveer 14, in plaats van de huidige 55 ziekenhuizen zullen de tot overeenkomst inzake pancreaschirurgie toetreden, negen in Vlaanderen, twee in Brussel en drie in Wallonië, voor 542 pancreatoduodenectomieën.

Deskundigen op het gebied van pancreas- en slokdarmchirurgie hebben bij het vaststellen van de criteria geholpen. De drempel van 20 ingrepen is het absolute minimum om kwaliteitszorg te kunnen aanbieden. Sommigen hebben om een drempel van 40 gevraagd, maar dit zou neerkomen op twee centra in België, wat onmogelijk is.

De kwaliteit van de zorg hangt af van de chirurg, maar ook van de expertise. Er zullen tijdelijke maatregelen genomen worden om wachtlijsten te voorkomen. Daar de ziekenhuizen voortaan minstens twintig ingrepen per jaar moeten uitvoeren, kunnen twee instellingen met minstens tien ingrepen per jaar zich bij de overeenkomst aansluiten. Het is echter belangrijk dat die ingrepen vanaf 1 januari 2020 in één ziekenhuis plaatsvinden.

We moeten ook waken over een goede geografische spreiding.

Een ziekenhuis dat meer dan 10 ingrepen uitvoert en dat zich met twee andere ziekenhuizen verenigt voor een totaal van 22 ingrepen per jaar, kan ook toetreden tot de overeenkomst betreffende pancreaschirurgie als de centralisatie vóór 1 januari 2020 gerealiseerd wordt.

Expertise is van essentieel belang om de alarmsignalen te herkennen. Het Kankerregister

30 jours et dans les 90 jours dans les hôpitaux belges ont été commentés à plusieurs reprises. Ces informations sont basées sur les chiffres belges jusqu'à l'année 2015 incluse. L'analyse a clairement montré que les centres à volume élevé (autrement dit au moins 20 interventions par an) affichent de bien meilleurs résultats que ceux dont le nombre d'informations est plus faible.

Nous vous signalons également que le Registre du Cancer a présenté des résultats lors du Congrès international de la European Society for Medical Oncology en octobre 2018 à Munich, en Allemagne. En outre, le KC tire les mêmes conclusions dans ses rapports et ses recommandations sont d'ailleurs suivies par l'Agence intermutualiste et les mutualités, par les associations de patients ainsi que par la Fondation contre le cancer.

Les conventions prévoient un suivi étroit de la qualité et du volume par le biais de l'enregistrement et des résultats des indicateurs de processus. Toutes ces données font l'objet d'un suivi transparent dans des rapports annuels et des plans d'amélioration. Les résultats seront également publiés sur le site Internet de l'INAMI.

L'article 8 de la convention précise le contenu de l'évaluation finale. D'ici le 1^{er} novembre 2021, un rapport intermédiaire sera également présenté aux comités d'assurances. En outre, il est prévu que les hôpitaux soient aussi soumis à un audit, qui sera validé par des experts internationaux.

Les deux conventions ont été approuvées à l'unanimité par la commission nationale médico-mutualiste et la commission de convention avec les institutions de soins a également donné son approbation. Les hôpitaux peuvent introduire leur candidature jusqu'au 31 mars 2019. Les conventions individuelles entreront en vigueur au plus tard le 1^{er} juillet 2019. Une période de transition est, par ailleurs, prévue.

toont aan dat de sterftcijfers binnen 30 en 90 dagen behoorlijk lager liggen in Belgische ziekenhuizen die veel ingrepen uitvoeren, dat wil zeggen ten minste 20 ingrepen per jaar.

De overeenkomsten voorzien ook in een strikte opvolging van de kwaliteit en het aantal ingrepen aan de hand van jaarverslagen en verbeteringsprogramma's. De resultaten zullen ook op de website van het RIZIV bekendgemaakt worden.

Tegen november 2021 zal er een tussentijds verslag worden voorgelegd aan de verzekeringscomités. Bovendien zullen de ziekenhuizen ook worden doorgelicht, en die audit zal door internationale experts worden bekrachtigd.

De Nationale commissie artsen-ziekenfondsen en de overeenkomstencommissie en de zorginstellingen hebben beide overeenkomsten goedgekeurd. De ziekenhuizen kunnen hun kandidatuur indienen tot 31 maart 2019. De overeenkomsten treden uiterlijk op 1 juli 2019 in werking.

07.03 André Frédéric (PS): Je remercie la ministre pour sa réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 28533 van de heer Pivin wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

08 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers voor artsen" (nr. 28606)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers" (nr. 28675)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de RIZIV-nummers" (nr. 28703)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de contingentering van de RIZIV-nummers" (nr. 28716)

08 Questions jointes de

- Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI des médecins" (n° 28606)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI" (n° 28675)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les numéros INAMI" (n° 28703)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le contingentement des numéros INAMI" (n° 28716)

08.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, il s'agit d'un sujet récurrent. Après avoir en effet imposé un filtre d'accès aux études de médecine et dentisterie à la Fédération Wallonie-Bruxelles, vous avez décidé d'un verrou supplémentaire, au terme de la formation cette fois.

Pour accéder au stage et obtenir son numéro INAMI, l'étudiant devra ainsi disposer de ce que vous appelez une "attestation de contingentement". Cela, pour respecter les fameux quotas que vous avez fixés de façon totalement arbitraire. Dois-je rappeler l'avis cinglant du Conseil d'État à cet égard qui parle d'un système incohérent pouvant aboutir à un recul de l'offre médicale par rapport aux besoins des habitants.

Votre politique, comme nous ne cessons de le répéter, à cet égard en tout cas, aura des conséquences désastreuses pour les étudiants qui auront réussi six années d'études et qui ne pourront pas exercer la médecine. Mais il y aura aussi des conséquences désastreuses pour les patients, particulièrement pour les patients francophones du pays qui auront plus de difficultés à se faire soigner.

Madame la ministre, j'ai quelque peu adapté mes questions, étant donné que, depuis le dépôt de ma question, l'aspect relatif à la concurrence avec les médecins étrangers a été abordé dans le cadre de nos discussions.

Mes questions se résument donc à ce qui suit.

La pénurie est déjà une réalité dans six communes sur dix en Wallonie et à Bruxelles. Vous aviez indiqué qu'une Conférence interministérielle (CIM) extraordinaire Santé publique se réunissait le 11 février dernier en présence de la présidente de la Commission de planification de l'offre médicale de l'INAMI afin de trouver une solution pour le problème du contingentement des futurs médecins. Cette CIM a-t-elle pu se tenir et quelles sont ses conclusions?

Comptez-vous réellement mettre en oeuvre les attestations de contingentement sans apporter de solution globale à la pénurie avérée?

08.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, étant donné que plusieurs questions sur ce thème figuraient à l'ordre du jour, je dispose d'une réponse rédigée en français et en néerlandais.

Monsieur Frédéric, un protocole d'accord sur le contingentement était inscrit à l'agenda de la CIM du 28 janvier. Des remarques ont alors été émises par la Région wallonne et la Communauté française relatives à la méthodologie sur base de laquelle il avait été décidé d'imposer des quotas pour les candidats en dentisterie et en médecine.

Il y avait un malentendu. On ne savait pas de quoi la Commission de planification tenait compte et quelles étaient les variables pouvant évoluer dans les années à venir. C'est pourquoi nous avons prévu, ensemble, une CIM thématique, le 11 février. Au cours de celle-ci, la présidente de la Commission de planification a fourni toutes les

08.01 André Frédéric (PS): Nadat u de Franse Gemeenschap een filter oplegde voor de toegang tot de opleiding geneeskunde en tandheelkunde, besliste u om nog een bijkomende grendel op het einde van de opleiding op te leggen. Om een RIZIV-nummer te kunnen krijgen zullen studenten een contingententeringsattest moeten kunnen voorleggen. De Raad van State heeft echter geoordeeld dat uw quotasysteem inconsistent is en tot gevolg kan hebben dat het medische aanbod verslechtert in verhouding tot de zorgbehoeften. De gevolgen zullen rampzalig zijn voor de studenten, maar ook en vooral voor de patiënten in het Franstalige landsgedeelte.

In zes van de tien gemeenten in Wallonië en Brussel is er al een tekort.

Heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 11 februari wel degelijk plaatsgevonden? Wat zijn de conclusies? Zult u werkelijk de contingententeringsattesten invoeren zonder het tekort weg te werken?

08.02 Minister Maggie De Block: Op de agenda van de interministeriële conferentie van 28 januari stond er een protocolakkoord over de contingentering, maar het Waals Gewest en de Franse Gemeenschap hebben opmerkingen over de methode geformuleerd. Er is een misverstand geweest. Het was niet bekend waarmee de Planningscommissie rekening hield en welke variabelen er de komende jaren zouden kunnen veranderen.

Vervolgens hebben we een

explications et répondu aux questions concernant la méthodologie ainsi que les variables à prendre en compte et desquelles l'on pouvait déjà déduire des possibilités d'évolution pour les années à venir.

Après cette CIM thématique, les ministres des entités fédérées ont exprimé le souhait de poursuivre les négociations en vue de conclure un protocole d'accord.

Il régnait un esprit ouvert à la création d'un système de contingentement et de planification des médecins et dentistes, qui pouvait évoluer et être amélioré. Nous avons décidé d'ajouter un préambule. Celui-ci veut rendre possible un protocole d'accord dans le but d'ouvrir la possibilité de créer un contingentement de médecins et de dentistes dans le futur, en tenant compte de la situation sur le terrain.

Het protocolakkoord werd gekoppeld aan dit engagement tussen de ondertekenende partners, zijnde de minister van Volksgezondheid en beide gemeenschapsministers bevoegd inzake Hoger Onderwijs.

L'objectif est de pouvoir signer le protocole lors de la CIM du mois de mars. Comme je l'ai déjà répété à plusieurs reprises, la conclusion du protocole d'accord n'est qu'un des éléments faisant partie de l'accord politique qui a été conclu dans le dossier des numéros INAMI. Comme vous le savez, tous les éléments de cet accord sont indissociablement liés entre eux.

Depuis le début, j'ai cherché une solution durable pour donner aux étudiants qui sont en cours d'études la garantie d'obtenir leur numéro INAMI, mais aussi pour veiller à ce que les quotas soient respectés par les États membres à l'avenir (plus précisément d'ici 2025).

Le problème qui se pose dans les deux Communautés, à savoir la pénurie de médecins généralistes, a également été évoqué. Les sous-quotas ont été relevés pendant de nombreuses années en Communauté flamande, et c'est désormais également le cas en Communauté française.

Nous observons également un manque de gériatres, ce qui indique que les quotas ne sont pas respectés. Manifestement, les jeunes ne sont pas attirés par les professions de gériatre, de pédopsychiatre ou de psychiatre, pour n'en citer que quelques-unes. En revanche, il y a pléthore d'étudiants dans les autres spécialisations.

J'espère pouvoir compter sur la garantie et l'engagement des deux Communautés mais aussi des gouvernements, car les ministres doivent toujours obtenir l'agrément de leurs gouvernements respectifs. Il s'agit là d'un sujet sensible tant du côté flamand que du côté francophone.

thematische interministeriële Ministerraad op 11 februari georganiseerd, tijdens welke de Planningscommissie de methodologie en de variabelen waarmee er rekening moet worden gehouden, toegelicht heeft. De ministers van de deelgebieden hebben dan de wens geuit de onderhandelingen voort te zetten met het oog op het sluiten van een protocolakkoord.

Men stond open voor de invoering van een contingentering en een planning voor artsen en tandartsen. We hebben besloten een preambule toe te voegen aan de overeenkomsten, zodat de mogelijkheid wordt geschapen van een protocolakkoord voor de invoering van een contingentering in de toekomst.

Le protocole a été couplé à l'engagement pris entre la ministre de la Santé publique et les ministres communautaires en charge de l'Enseignement supérieur.

Het is de bedoeling om het protocol in maart te ondertekenen. Het sluiten van het protocol is maar een van de onderdelen van het politieke akkoord dat in het dossier van de RIZIV-nummers werd gesloten. Alle onderdelen van het akkoord zijn gelieerd.

Het doel is om het protocol in maart te ondertekenen, aangezien dat een van de onderdelen was van het politieke akkoord in het dossier over de RIZIV-nummers.

Van meet af aan heb ik naar een duurzame oplossing gezocht om de studenten die de opleiding momenteel volgen een RIZIV-nummer te garanderen, maar ook om ervoor te zorgen dat de quota die de EU-lidstaten tegen 2020-2025 moeten halen worden gerespecteerd.

Men heeft verwezen naar het gebrek aan huisartsen in de twee Gemeenschappen. In Vlaanderen heeft men de subquota

Je me suis engagée à trouver une solution durable, mais aussi à remédier à cette incertitude qui règne depuis maintenant plus de cinq ans, lorsque j'ai pris mon poste. À cette époque, on parlait de l'insuffisance du nombre de numéros INAMI, du lissage positif, etc.

Comme je l'ai toujours dit, les étudiants ne sont pas coupables. Ils sont victimes de décisions politiques qui ont été prises. Ils sont à mi-chemin d'un cycle d'études important et coûteux pour eux et leur famille. Ils se sont engagés à devenir médecins. Ce doit être possible mais, pour les années à venir, il faut trouver une solution durable. C'est ce à quoi nous travaillons avec l'aide de la Commission de planification.

C'est un système unique. Nos pays voisins nous observent pour voir comment nous fonctionnons avec toutes les variables qui existent. Tous les trois ans, une évaluation a lieu pour voir ce qui a changé sur le terrain. Il est tenu compte de la réalité sur l'ensemble du territoire.

opgetrokken en dat is nu ook het geval in Franstalig België.

Het tekort aan gerieters toont aan dat men zich niet houdt aan de quota; de geriatrie, de kinderpsychiatrie en de psychiatrie zijn niet aantrekkelijk voor de jongeren.

Ik reken op het engagement van de twee Gemeenschappen en van de regeringen. De ministers moeten immers de goedkeuring krijgen van hun respectieve regeringen.

Ik heb me ertoe verbonden komaf te maken met de onzekerheid die nu al meer dan vijf jaar aanhoudt.

De studenten hebben geen schuld aan deze situatie. Er moet een oplossing worden gevonden voor de komende jaren. Wij werken daar samen met de Planningscommissie aan.

Dit is een uniek systeem. De buurlanden kijken met belangstelling toe. Om de drie jaar vindt er een evaluatie plaats waarbij er wordt gekeken naar wat er veranderd is op het terrein.

08.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je pense qu'on doit se réjouir, certes de façon modérée, que la concertation avec les entités fédérées ait repris force et vigueur, avec une volonté d'apaisement dans le débat pour essayer de répondre aux vrais problèmes que sont, d'une part, les étudiants en cours de processus qui s'inquiètent de savoir s'ils pourront ou pas obtenir un numéro INAMI et, d'autre part, la réalité quotidienne du manque d'un certain nombre de praticiens sur le terrain, en particulier en zone rurale. Je n'ajoute même pas "du côté francophone" puisque vous venez de préciser vous-même que le problème se rencontre aussi au nord du pays.

Vous avez indiqué qu'une Conférence interministérielle se tiendra très prochainement, encore en mars.

08.04 Maggie De Block, ministre: Je pense qu'elle aura lieu le 23 ou le 25 mars 2019.

08.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, nous reviendrons dès lors vers vous pour suivre avec beaucoup d'intérêt les accords qui auront été pris à ce moment.

08.03 André Frédéric (PS): Het is een goede zaak dat het overleg met de deelgebieden wordt geïntensiveerd. Eind maart komt er een interministeriële raad bijeen. Wij zullen u daarover later opnieuw ondervragen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 28608 van de heer Senesael wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

09 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "simultane verdovingen" (nr. 28640)

09 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les anesthésies simultanées" (n° 28640)

09.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, wij hebben allen kunnen lezen over de klachten met betrekking tot simultane verdovingen in het AZ West van Veurne, waarbij anesthesisten meerdere verdovingen simultaan inzetten waarna zij hun patiënten alleen laten. Door drie verdovingen gelijktijdig te doen, kunnen zij ook drie keer langs de kassa passeren. Dat blijkt uit een aantal klachten bij het RIZIV.

Oorspronkelijk verwees de directie van het ziekenhuis naar de Vlaamse Zorginspectie, die niets abnormaals had vastgesteld, maar na intern onderzoek gaf de directie toe dat er wel degelijk gelijktijdige verdovingen plaatsvonden.

Dit is uiteraard tegen de regels en is bovendien gevaarlijk voor de patiënten, in sommige gevallen zelfs levensgevaarlijk. Zulke praktijken zijn een ziekenhuis onwaardig. Bovendien wordt de sociale zekerheid opgelicht ingevolge de onterecht gevraagde honoraria.

Inmiddels konden wij lezen dat het ziekenhuis enkele nieuwe regels hanteert, waarop de inspectie nauw zal toezien.

Mevrouw de minister, op welke manier werden de klachten behandeld? Welke gevolgen werden er precies aan gegeven, naast het feit dat in de pers verscheen dat er nieuwe regels van toepassing zijn?

Zullen de meervoudige en onterecht ontvangen honoraria worden gerecupereerd?

Kunnen controles en audits op een structurele wijze worden verbeterd om dergelijke gevallen van misbruik te identificeren?

Zal de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen de richtlijnen ter zake actualiseren?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, de melding werd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle behandeld. Ze werd geselecteerd voor controle en het controleonderzoek is inmiddels opgestart. Het onderzoek zal worden voortgezet op basis van de facturatiegegevens. Er worden ook verhoren gepland van de betrokken artsen. Prestaties die ten onrechte werden aangerekend zullen hen ten laste worden gelegd.

Er is een duidelijke wettelijke basis die de aanwezigheid van de anesthesist tijdens de anesthesie vereist. Er is intussen echter een negatief advies van de Raad van State wegens een vormfout. De wettelijke basis is § 4 van artikel 1 van de NGV, toegevoegd aan het KB van 13 november 1989. In het arrest van de Raad van State staat: "In het kader van een administratief cassatieberoep tegen een

09.01 Karin Jiroflée (sp.a): Il est apparu qu'à l'AZ West de Furnes, des anesthésistes lançaient plusieurs anesthésies simultanément et abandonnaient ensuite leurs patients. La pratique de trois narcoses parallèles leur permettait de passer trois fois à la caisse. Ces pratiques ont été révélées à la suite de plaintes introduites auprès de l'INAMI. Elles constituent toutefois une violation des règles, sans parler, comme a dû même l'admettre la direction locale de l'hôpital, des dangers pour les patients. L'hôpital a depuis instauré de nouvelles règles dont le respect sera étroitement surveillé par les services d'inspection.

Comment le suivi de ces plaintes a-t-il été organisé? Les honoraires multiples, mais indûment perçus, seront-ils récupérés? Des améliorations structurelles peuvent-elles être apportées aux contrôles et aux audits, de sorte à mieux dépister de tels abus? Le Conseil national des établissements hospitaliers reverra-t-il les directives en la matière?

09.02 Maggie De Block, ministre: Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI (SECM) a examiné le signalement de ces faits et entamé l'examen de contrôle sur la base des données de facturation. Les médecins concernés seront également entendus et les prestations indûment facturées seront mises à leur charge.

Sur le plan légal, l'anesthésiste doit être présent pendant toute la

beslissing van de kamer van beroep heeft de Raad van State het koninklijk besluit van 13 november onwettig verklaard wegens een vormfout, gelet op de aanwezigheid van de raadpleging van de afdeling Wetgeving van de Raad van State in het licht van een verkeerd gemotiveerde hoogdringendheid."

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle beschikt niet over gegevens om aan te nemen dat dezelfde handelwijze ook in andere ziekenhuizen zou gebeuren. Andere ziekenhuizen hebben daar al verklaringen over afgelegd. Ook dat zal worden nagegaan.

De richtlijnen voor anesthesisten zijn niet nieuw. Ze zijn gepubliceerd in de *Acta Anaesthesiologica Belgica* van 1989, herwerkt in 2002 door de *Society for Anesthesia and Resuscitation of Belgium* en de *Belgian Professional Association of Specialists in Anesthesia and Resuscitation*. Deze richtlijnen zijn goed gekend, *safety first* heet dat. Dat houdt in dat er altijd een anesthesist bij de patiënt moet zijn. Dat is een Belgische standaard *for patient safety in anesthesia*.

Het is onbegrijpelijk dat men zulke richtlijnen in sommige ziekenhuizen naast zich neerlegt. Het is weliswaar geen wettekst, maar het gaat wel om duidelijke richtlijnen die bekend zijn bij alle anesthesisten, en die ook in medicolegale zaken worden aangewend. Als er zich toch een ongeval voordoet bij de anesthesie, wordt in de eerste plaats nagegaan of de anesthesist van bij het begin tot na de operatie bij de patiënt aanwezig was. De directie heeft daarvoor een *mea culpa* geslagen en het is een waarschuwing voor andere ziekenhuizen dat dit zich niet moet herhalen.

durée de l'anesthésie. Le Conseil d'État a entre-temps émis un avis négatif pour vice de forme, rendant illégal l'arrêté royal du 13 novembre 1989, compte tenu de l'existence d'une consultation de la section Législation du Conseil d'État à la lumière d'une urgence motivée de manière incorrecte. De ce fait, le SECM ne dispose pas de suffisamment de données pour supposer que d'autres hôpitaux ont connu de telles pratiques.

Les directives pour les anesthésistes ont été publiées dans l'*Acta Anaesthesiologica Belgica* de 1989, et remaniées en 2002 par la *Society for Anesthesia and Resuscitation of Belgium* et la *Professional Association of Specialists in Anesthesia and Resuscitation*. Ces directives sont bien connues, la première priorité étant la sécurité.

Il est incompréhensible que certains hôpitaux ignorent superbement ces règles. Il ne s'agit certes pas de prescriptions légales, mais les directives en la matière sont claires. En cas de problème lors de l'anesthésie, la vérification prioritaire concerne la présence concrète de l'anesthésiste du début de l'opération jusqu'au réveil du patient.

09.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Mij ontgaat het evenwel wat het negatief advies van de Raad van State precies behelst? Over welk aspect gaat het?

09.04 Minister Maggie De Block: Als er prestaties ten onrechte worden aangerekend, kunnen deze ten laste worden gelegd. In dat verband is er toen iets misgelopen. Er trad een vormfout op, in die zin dat de hoogdringendheid niet voldoende bewezen zou zijn. Dat werd pas lang daarna vastgesteld.

09.05 Karin Jiroflée (sp.a): Recuperatie zal dus niet mogelijk zijn?

09.06 Minister Maggie De Block: Wellicht zal dat de moeilijkheid zijn.

09.03 Karin Jiroflée (sp.a): Sur quel point porte l'avis négatif du Conseil d'État?

09.04 Maggie De Block, ministre: Les prestations indûment facturées peuvent être portées en compte aux anesthésistes. Le Conseil d'État a invoqué un vice de forme en raison d'une urgence insuffisamment démontrée.

09.05 Karin Jiroflée (sp.a): Les honoraires indûment perçus ne pourront donc pas être récupérés.

09.06 Maggie De Block, ministre:

Wel belangrijk is dat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle andere middelen heeft om op te treden, zeker ook ten aanzien van de betrokken artsen.

Ce sera difficile, mais le SECM dispose d'autres instruments pour agir dans ce dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "voedingssupplementen" (nr. 28674)

- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de voedingssupplementen" (nr. 28696)

10 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les compléments alimentaires" (n° 28674)

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "les compléments alimentaires" (n° 28696)

10.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, uit een onderzoek van twee voormalige studenten van de VUB blijkt dat artsen en diëtisten geld aanvaarden om voedingssupplementen aan te prijzen.

Mensen die een maagverkleining willen ondergaan, moeten zulke supplementen nemen en ook na de ingreep moeten ze vitaminen verder blijven nemen. De meeste van deze supplementen zijn vrij te koop op het internet. In een bedrijf in Lennik hebben patiënten blijkbaar een code nodig om te kunnen bestellen. Die code wordt hen bezorgd door hun arts.

Uit het onderzoek blijkt dat artsen en diëtisten 20 % krijgen op het totaal gespendeerde bedrag bij dat bedrijf. Dit is uiteraard in strijd met de deontologische code van de Orde der artsen.

Eerlijk gezegd, mevrouw de minister, hoop ik nog altijd dat dit een kwakkel is. U liet echter weten deze zaak ernstig te nemen. Heeft er ondertussen al een onderzoek plaatsgevonden? Klopt dit verhaal? Zo ja, wat zijn de gevolgen? Welke maatregelen zullen worden genomen?

10.01 Karin Jiroflée (sp.a): Il est ressorti d'une enquête que des médecins et des diététiciens acceptaient de l'argent pour louer les bienfaits de compléments alimentaires. Les patients ayant subi une gastropastie, par exemple, doivent prendre après leur chirurgie de tels compléments ainsi que des vitamines. La plupart de ces compléments sont en vente libre sur internet. Dans une entreprise de Lennik, des patients ont besoin d'un code pour pouvoir acquérir des produits et ce code leur est procuré par leur médecin. Des médecins et diététiciens recevraient 20 % du montant total dépensé auprès de cette entreprise. Cette pratique est évidemment contraire au code de déontologie de l'Ordre des médecins.

Une enquête a-t-elle déjà été menée? Quelles mesures seront-elles prises le cas échéant?

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, er vindt een onderzoek plaats naar deze praktijken met voedingssupplementen. Een controle door het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen lijkt mij aangewezen. Hierbij kan de registratiestatus worden getoetst. Zoals u weet, ben ik niet bevoegd voor dit agentschap. Ik moet u voor de resultaten dan ook doorverwijzen naar mijn collega.

Wat de grond van de zaak betreft, de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 2015 verbiedt in artikel 38, § 2, dat een arts rechtstreeks of onrechtstreeks winst of voordeel verkrijgt uit een overeenkomst die betrekking heeft op zijn beroep, alsook dat

10.02 Maggie De Block, ministre: Une enquête est effectivement menée sur de telles pratiques. Il me paraît absolument indiqué que l'AFSCA effectue un contrôle. Le statut d'enregistrement peut être vérifié de la sorte. L'AFSCA ne relève pas, toutefois, de ma compétence.

L'article 38, § 2, de la loi coordonnée relative à l'exercice des

een arts premies of voordelen aanvaardt. Een overtreding van dit verbod wordt gesanctioneerd met de straffen bepaald in artikel 122, § 1, van de voormelde wet. Ik citeer: "Onverminderd de toepassing van de straffen gesteld bij het Strafwetboek, alsook, desgevallend, de toepassing van tuchtmaatregelen, wordt gestraft met een boete van 26 tot 500 euro, de beoefenaar van de geneeskunde of de artsenijsbereidkunde die bepalingen van artikel 38, § 2, overtreedt."

Daar is dus wel een deftige strafrechtelijke sanctie omschreven. De diensten van Volksgezondheid kunnen hun vaststellingen voor gevolg aan het parket bezorgen. Bij de diëtisten bestaat zo'n wettelijk verbod niet, maar de wijze van handelen die wordt beschreven, kan deontologisch uiteraard niet door de beugel. Dat is een vaststaand feit.

Bij de artsen kan de Orde der artsen gevat worden voor een onderzoek in het kader van het tuchtrecht. Eerst moet het echter worden vastgesteld, daarna kan men naar de Orde der artsen gaan. Voor de diëtisten is het dus ook totaal niet deontologisch. Er zal daar ook moeten worden opgetreden. Er wordt nu reeds gezegd dat dit gewoon niet kan.

Ik verbaas mij soms over de manier waarop sommige mensen erin slagen om een proces te ontwikkelen dat totaal van de pot gerukt is en dat totaal niet door de beugel kan. Ook malafide bedrijven maken daar gebruik van. Ik begrijp het niet. Er is het aanbod en er is het accepteren, en dat is deontologisch helemaal in strijd met het beroep.

Ik ben er ook van overtuigd dat niet iedereen daarbij betrokken is, maar het gaat over mensen die het beroep, de eer en de waardigheid van het beroep veel kwaad doen, zeker ten aanzien van de patiënten. Het gaat over een levenslange behandeling, het is dus gewoon cashen.

professions des soins de santé du 10 mai 2015 interdit qu'à la suite d'une convention conclue en rapport avec sa profession, un médecin tire quelque gain ou profit direct ou indirect ou qu'il accepte quelque prime ou avantage. Les infractions en la matière sont punies d'une sanction pénale conformément à l'article 122, § 1, de la loi en question.

Les services du département de la Santé publique peuvent transmettre leurs constatations au parquet. Aucune interdiction légale de ce genre ne s'applique aux diététiciens, mais il va de soi que les pratiques décrites ne peuvent en aucun cas être acceptées.

En ce qui concerne les médecins, l'Ordre des médecins peut ouvrir une enquête dans le cadre du droit disciplinaire, mais seulement à la suite d'une constatation. Les diététiciens concernés devront également faire l'objet de mesures.

Des entreprises malhonnêtes sont bel et bien impliquées. Tout médecin ou diététicien qui s'engage dans une telle procédure déshonore gravement la profession, en particulier vis-à-vis des patients. Cette méthode revient à s'enrichir au détriment du patient puisque le traitement doit être suivi à vie.

10.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik deel uw verbazing. Ik hoopte dat het een kwakkel zou zijn, maar blijkbaar zitten er in elke mand rotte appels.

10.03 Karin Jiroflée (sp.a): J'espérais qu'il ne s'agirait que d'un canular, mais manifestement, il n'est point de troupeau sans brebis galeuse.

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

De **voorzitter**: De vragen nr. 28715 van de heer de Lamotte en nr. 28831 van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen.

11 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "la nomination des membres du Comité consultatif de bioéthique" (n° 28832)

11 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de benoeming van de leden van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek" (nr. 28832)

11.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, comme nous le savons, le Comité consultatif de Bioéthique formule des avis sur des questions d'éthique en matière de biologie, de médecine et de soins de santé. Le Comité consultatif peut le faire de sa propre initiative ou à la demande des assemblées législatives, d'un membre du gouvernement, d'une institution scientifique ou d'un comité éthique. Son rôle est donc fondamental.

Madame la ministre, l'actuel cinquième mandat du Comité consultatif de Bioéthique a pris fin en septembre 2018. Depuis lors, ses travaux ont été suspendus, faute de nomination de ses membres par arrêté royal. Le Conseil des ministres du 22 octobre 2018 avait pourtant approuvé un projet d'arrêté royal portant nomination des membres pour le sixième mandat. Qu'en est-il de cet arrêté? Quand pourra-t-il être publié? Quand le Comité pourra-t-il effectivement reprendre ses travaux?

11.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, le volet portant sur la nomination des membres du Comité consultatif de Bioéthique par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres est entièrement finalisé, à l'exception de la publication au Moniteur belge. Le dossier concernant les membres à nommer par le Roi et par mon représentant ayant voix consultative est également entièrement finalisé, à l'exception de la publication au Moniteur belge.

L'objectif sera de publier simultanément les trois arrêtés, après quoi le sixième mandat du Comité consultatif de Bioéthique pourra débiter au mois de mai de cette année. La publication et l'entrée en vigueur simultanées des arrêtés sont souhaitables pour garantir autant que possible le fragile équilibre entre les diverses convictions. L'administration concernée, c'est-à-dire le secrétariat du Comité consultatif, a eu les instructions nécessaires.

11.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

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

12 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de terugbetaling van osteopathie bij rugpijn" (nr. 28846)

12 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le remboursement des soins d'ostéopathie pour les personnes souffrant de douleurs dorsales" (n° 28846)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, op 22 januari 2019 werd een voorstel van resolutie over de erkenning en de regeling van de uitoefening van de osteopathie in de commissie voor de Volksgezondheid weggestemd. Dit was nochtans geen voorstel over de erkenning van de holistische osteopathie, wel over de evidencebased osteopathie, met een nauwe samenwerking met huisartsen en een versterking van de opleiding in de hogescholen en universiteiten. Helaas is dit weggestemd.

Amper een maand later kwam gezondheidseconoom Lieven

11.01 André Frédéric (PS): Het vijfde mandaat van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek – dat adviezen over ethische kwesties op het gebied van biologie, geneeskunde en gezondheidszorg formuleert – liep in september 2018 af. De werkzaamheden van het Comité werden opgeschort omdat er geen leden voor een zesde mandaat werden benoemd.

Wanneer zal het benoemingsbesluit worden gepubliceerd en wanneer zal het Comité zijn werkzaamheden kunnen hervatten?

11.02 Minister Maggie De Block: De benoeming van de leden van het Raadgevend Comité bij in de ministerraad overlegd koninklijk besluit en de vaststelling van de door de Koning of mijn vertegenwoordiger met raadgevende stem te benoemen leden zullen doorgang hebben zodra de besluiten gelijktijdig in het *Belgisch Staatsblad* verschijnen. Het zesde mandaat van het Raadgevend Comité zal in mei kunnen aanvangen. De secretaris van het Comité heeft daartoe instructies ontvangen.

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Un mois après qu'une proposition de résolution visant à reconnaître et encadrer la pratique de l'ostéopathie a été rejetée en commission de la Santé publique – le 22 janvier 2019 – l'économiste de la santé Lieven Annemans a présenté une étude qui démontre que le traitement ostéopathique

Annemans naar buiten met een studie die aantoonst dat de osteopathische behandeling van lage rugpijn wel effectief en kostenbesparend is, met een analyse van wetenschappelijke literatuur en een vergelijking in patiëntengroepen met een medicijnenkuur, bewegingsoefeningen of een kinesitherapeutische behandeling met een significant, statistisch relevant beter resultaat in de groep die door osteopaten was behandeld.

Annemans maakte ook een economische berekening waarin werd geconcludeerd dat het een besparing zou opleveren als de overheid de osteopathische behandeling van lage rugpijn zou terugbetalen.

Mevrouw de minister, deelt u de conclusies in dit onderzoek? Verandert dit onderzoek uw visie op het al dan niet terugbetalen van osteopathie? U bent voorstander van een evidencebased beleid. Is het dan niet mogelijk om in dit Parlement een wetgevend initiatief ter zake te nemen? Ik weet dat het nu te laat is, maar mijn vraag dateert al van enige tijd geleden en was toen actueel.

12.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, de discussie die we nu voeren, is niet nieuw, want ook bij de vorige verkiezingen werd er al over gesproken. Bij mijn aanstelling ben ik daar dan ook direct aan begonnen, want het was inderdaad mijn doel om osteopathie terugbetaald te krijgen.

Vooraleer wij over de terugbetaling kunnen beslissen, moet er een kwaliteitskader worden uitgewerkt voor de uitoefening van de neuromusculo-skeletale osteopathie. Ter zake werd er een voorstel uitgewerkt, maar bij de betreffende beroepsgroep kon er geen draagvlak worden gecreëerd, aangezien de beroepsbeoefenaars niet akkoord gingen met het uitgewerkte kwaliteitskader. Er vond ook een discussie plaats over de directe toegang of doorverwijzing. De discussie over de terugbetaling is dus nog veraf, aangezien er eerst een kwaliteitskader moet zijn.

Tijdens de hoorzitting hebben de meeste sprekers erop gewezen dat er onvoldoende verschil bestaat tussen manuele therapie, zoals uitgeoefend door een kinesitherapeut, en evidencebased beoefende neuro-musculo-skeletale osteopathie. Beide beroepsgroepen interpreteren dat op een andere manier, wat een en ander ook niet vergemakkelijkt.

Momenteel loopt er wel een evidencebased project in verband met lage rugpijn. De doelstelling is om de aanbeveling van de Kenniscentrumstudie over lage rugpijn en radiculair pijn van 2017 te implementeren in de praktijk. Dat project wordt uitgewerkt door Domus Medica, dat daartoe samenwerkt met verschillende organisaties, waaronder organisaties voor osteopaten en chiropractors. Misschien kunnen we uit dat proefproject meer inspiratie opdoen en een consensus bereiken tussen de verschillende beroepsgroepen, wat niet altijd gemakkelijk bleek te zijn.

12.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, het is een oud zeer dat er binnen die beroepsgroep en ook in andere niet-klassieke geneeswijzen maar moeilijk eensgezindheid kan worden gevonden, gelet op alle verschillende scholen. Wordt ongetwijfeld vervolgd.

des douleurs dans le bas du dos est efficace et économique.

Cette information modifie-t-elle la perception de la ministre de l'ostéopathie comme pratique fondée sur des données factuelles? Prendra-t-elle encore une initiative législative?

12.02 **Maggie De Block**, ministre: Pour qu'un traitement ostéopathique soit remboursé, il faut établir un cadre de qualité pour l'exercice de l'ostéopathie neuromusculo-squelettique. Les praticiens n'étaient toutefois pas d'accord avec la proposition. La question de l'accès direct ou du renvoi a également été examinée.

Lors de l'audition, la plupart des intervenants estimaient que la différence entre la thérapie manuelle des kinésithérapeutes, par exemple, et l'ostéopathie neuromusculo-squelettique basée sur des données probantes n'était pas suffisamment marquée.

Domus Medica mène un projet fondé sur des données probantes concernant les douleurs lombaires conjointement avec différentes organisations, dont des organisations pour ostéopathes et chiropracteurs. Espérons que ce projet soit source d'inspiration et permette ainsi de trouver un consensus.

12.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): La difficulté de trouver un accord avec des groupes professionnels non conventionnels ne date pas d'hier.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 28902 van mevrouw Ben Hamou is omgezet in een schriftelijke vraag. Van mevrouw Fernandez Fernandez hebben wij niets vernomen in verband met haar vraag nr. 28904. De heer Vanden Burre is naar onze commissievergadering onderweg voor zijn vraag nr. 28914. Vraag nr. 29009 van de heer de Lamotte is omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 29036 van mevrouw Schlitz is omgezet in een schriftelijke vraag. Van de heer Delizée hebben wij niets vernomen in verband met zijn vraag nr. 29037. Van de heer Van Hees hebben wij niets vernomen in verband met zijn vraag nr. 29055.

13 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "de invoering van de IFIC-barema's in de zelfstandige thuisverpleging" (nr. 29062)

13 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'introduction de barèmes IFIC pour les infirmiers à domicile indépendants" (n° 29062)

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag betreft de IFIC-barema's in de thuisverpleging.

U weet dat één van onze stokpaardjes is dat wij pleiten voor betere werkomstandigheden voor de verpleegkundigen, meer in het bijzonder voor de thuisverpleging. De honoraria van thuisverpleegkundigen lopen immers erg achter, wat u ook hebt erkend.

Sinds enige tijd gelden de nieuwe IFIC-loonbarema's ook voor de zelfstandige thuisverpleging. Deze brengen een verhoging van de loonkosten voor verschillende zelfstandige thuisverpleegkundige praktijken met zich mee. Om deze kosten te financieren, besliste de federale overheid om via het fonds sociale Maribel 330 budgetten vrij te maken. Deze budgetten worden door de vzw FeBi gecoördineerd.

De IFIC-loonbarema's zijn ondertussen ingevoerd. De financiering laat echter, naar ik hoor op het terrein, op zich wachten, wat voor de zelfstandige thuisverpleging een zware financiële dobber betekent. U weet dat de honoraria al te laag zijn en nu bereiken mij berichten op het terrein dat de bedragen voor de lonen moeten worden voorgeschoten. Het water staat de thuisverpleging dus alweer wat hoger, bijna aan de lippen.

Bent u op de hoogte van de problematiek? Waarom duurt het zo lang alvorens FeBi de bijkomende kosten voor de invoering van de IFIC in de zelfstandige thuisverpleging kan bijpassen? Hoelang zal die toestand nog aanslepen?

Welke stappen zult u ondernemen om het probleem zo snel mogelijk op te lossen?

13.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de federale regering heeft op basis van het sociaal akkoord van 25 oktober 2017, dat zij met de sociale partners voor de federale gezondheidszorginstellingen heeft gesloten, voor de eerste fase van de uitrol van het IFIC-loonmodel een budget uitgetrokken. Dat loonmodel is het resultaat van onderhandelingen binnen het paritair comité 330.

De storting van het aandeel van het budget voor de thuisverpleegkundepraktijken gebeurt, in tegenstelling tot wat voor de ziekenhuizen

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Les barèmes IFIC sont appliqués depuis un certain temps dans le secteur des infirmiers à domicile indépendants. Ils entraînent un renchérissement des coûts salariaux pour les cabinets infirmiers indépendants. Le financement de ce surcoût se fait néanmoins attendre.

À quelle date l'ASBL compétente FeBi compensera-t-elle les coûts additionnels? Que compte faire la ministre pour résoudre le problème à brève échéance?

13.02 Maggie De Block, ministre: L'accord social du 25 octobre 2017 a réservé les moyens financiers nécessaires pour la mise en œuvre de la première phase du modèle salarial IFIC, qui représente l'aboutissement des négociations menées au sein de la Commission paritaire 330. Les moyens pour les soins infirmiers à

geldt, via het fonds sociale Maribel van het paritair comité 330. De sociale partners, die ook de IFIC hebben gevraagd, zijn dus verantwoordelijk voor de uitbetaling aan de onderscheiden gerechtigde werkgevers.

Ik heb het probleem dat u aankaart ter kennis gebracht van de voorzitter van het paritair comité 330 en de regeringscommissaris bij het fonds.

Daar ligt dus de knoop. Het geld is er, maar men moet daar gewoon het nodige doen.

domicile sont versés au Fonds Maribel social de la Commission paritaire concernée. Le paiement aux employeurs bénéficiaires relève de la responsabilité des partenaires sociaux. Le président de ladite Commission paritaire et le commissaire du gouvernement du fonds précité ont été informés du problème.

13.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dan is het goed, mevrouw de minister, dat u die herinnering hebt gestuurd. Hopelijk was dat de juiste aanzet om de uitkering van de middelen te doen geschieden. Voor de zelfstandige thuisverpleging is dit eindelijk een opsteker, maar natuurlijk niet als de maatregel al geldt maar de middelen er nog niet zijn.

13.04 Minister Maggie De Block: Dat begrijp ik. Het is wat bizar. IFIC was de eerste eis bij de sociale onderhandelingen. Dan is inderdaad de oplossing gevonden voor de meerkosten die er bij de thuisverpleging zouden zijn. Zij hebben dat in handen en ik vind het bizar dat zij dit nog niet hebben uitbetaald, terwijl de maatregel al in voege is. Wij zullen erop aandringen dat dit zo snel mogelijk in orde komt, teneinde niemand in de thuisverpleegkundepraktijken in de problemen te brengen.

13.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat hoor ik graag.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 29069 van mevrouw Van Camp wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 29070 van mevrouw Van Camp wordt eveneens omgezet in een schriftelijke vraag.

14 Question de M. Paul-Olivier Delannois à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "le réapprovisionnement des consommables dans le cadre de l'aide médicale urgente" (n° 29081)

14 Vraag van de heer Paul-Olivier Delannois aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het weer aanvullen van het medisch materiaal in ambulances in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 29081)

14.01 Paul-Olivier Delannois (PS): Madame la ministre, dans le cadre des missions d'aide médicale urgente, les zones de secours doivent s'assurer que les ambulances soient équipées du matériel listé dans la circulaire ministérielle relative au contenu minimal des véhicules AMU, et que le matériel soit soumis régulièrement à un contrôle, notamment pour les dates de péremption des consommables.

Il était d'usage que les consommables utilisés lors des transports, ainsi que l'oxygène, soient directement remplacés au sein de l'hôpital dans lequel le patient était pris en charge. L'ambulance pouvait ainsi être opérationnelle à sa sortie de l'hôpital, sans devoir effectuer de retour au poste pour être réapprovisionnée. Par ailleurs, cette pratique évitait un surcoût considérable, en permettant à la zone de secours de bénéficier de consommables contrôlés par le personnel d'un

14.01 Paul-Olivier Delannois (PS): De hulpverleningszones moeten erop toezien dat de ambulances toegerust zijn met het materieel dat opgesomd staat in de ministeriële omzendbrief betreffende de minimale inhoud van de voertuigen die het vervoer van personen op zich nemen binnen de DGH. Ze zijn ook verantwoordelijk voor de regelmatige controle daarop. Het was gebruikelijk dat het medische materiaal aangevuld werd in het ziekenhuis waar de patiënt opgenomen werd.

service formé et compétent en la matière.

Suite à la visite de l'AFMPS au sein de l'hôpital Epicura, site d'Ath, le 19 avril 2018, un rapport a été établi. Dans ce rapport, il est stipulé que, l'hôpital n'étant pas un distributeur, il ne dispose pas des autorisations nécessaires pour délivrer des médicaments et dispositifs médicaux aux services d'incendie. Epicura a donc déclaré que l'hôpital mettrait fin au réapprovisionnement des consommables pour les ambulances de la zone de secours de Wallonie picarde à partir du 1er septembre 2018.

Par ailleurs, en séance du 27 août 2018, le commandant de zone de Wallonie picarde a porté à la connaissance du Collège de zone le fait que vous ne tolériez désormais plus que les hôpitaux réapprovisionnent les ambulances en consommables dans les hôpitaux après transport de malades.

Cette situation pose un double problème. La zone devra acquérir les consommables, ce qui implique un coût financier et la réalisation de démarches organisationnelles telles le lancement d'un marché, la gestion des stocks dans le respect de la réglementation susvisée, etc. L'ambulance ne sera plus directement opérationnelle dès sa sortie de l'hôpital, puisqu'elle devra d'abord retourner en caserne pour être réapprovisionnée. Pour certains postes éloignés des hôpitaux, il faut compter 30 à 45 minutes pour qu'une ambulance retourne en caserne et se réapprovisionne.

Madame la ministre, permettez-moi de vous poser les questions suivantes. N'estimez-vous pas que cette mesure implique une perte de temps pour les ambulances qui doivent se réapprovisionner alors qu'on est dans le cadre de l'aide médicale urgente? Des solutions peuvent-elles être trouvées afin que les zones de secours puissent assurer la continuité des services à la population?

D'avance je vous remercie pour vos réponses.

14.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Delannois, l'AFMPS est compétente pour l'approvisionnement des matériaux dans les ambulances et les SMUR. En l'occurrence, ils ont décidé pour des raisons de sécurité que la pharmacie de l'hôpital n'avait pas à mettre à disposition le matériel pour les ambulances même si celui-ci a été utilisé pour un patient se trouvant hospitalisé.

J'ignore comment trouver une solution, mais c'est le cas dans l'ensemble du pays et ce, apparemment, pour des raisons de sécurité.

14.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Vous sachant plus pragmatique, j'aurais espéré avoir une piste de solution ou du moins, un engagement de votre part d'en trouver.

14.04 Maggie De Block, ministre: La question a, à nouveau, été posée à l'AFMPS en vue de l'obtention de davantage de détails et jusqu'ici nous n'avons pas reçu de réponse de leur part. Si cette réponse nous parvient, je vous la transférerai.

Volgens een rapport van het FAGG is het ziekenhuis echter geen verdeler en beschikt het derhalve niet over de nodige machtiging om genees- en hulpmiddelen aan brandweerdiensten af te leveren. Volgens de commandant van de zone Wallonie picarde staat u niet meer toe dat de ziekenhuizen de ambulances herbevoorraden, maar dat bemoeilijkt en vertraagt het herbevoorradingsproces, en maakt het ook duurder.

Zijn er oplossingen mogelijk om de hulpverleningszones in staat te stellen de continuïteit van de dienstverlening aan de bevolking te verzekeren?

14.02 Minister Maggie De Block: Het FAGG is bevoegd voor de bevoorrading van de ambulances en de MUG's. Om veiligheidsredenen mag de ziekenhuis-apotheek dat materiaal niet leveren.

14.03 Paul-Olivier Delannois (PS): Ik wou dat u naar oplossingen gezocht had. Het mechanisme werkte goed. Die nieuwe regeling is duur en tijdrovend voor de ambulanciers.

14.04 Minister Maggie De Block: We hebben het FAGG hierover opnieuw vragen gesteld. Ik zal u het antwoord bezorgen zodra ik

het ontvangen heb.

14.05 Paul-Olivier Delannois (PS): Il me semble qu'une pression doit être exercée, car la situation est surréaliste: cela coûte plus cher aux zones de secours et aux communes, il y a une perte de temps pour les ambulances, ce qui peut engendrer une augmentation des risques encourus par les patients. Cela fonctionnait bien dans toute une série d'hôpitaux et depuis ce fameux rapport, on ne peut plus poursuivre avec une formule qui fonctionnait très bien pour tout le monde.

Il me semble que le pouvoir politique doit pouvoir, à un moment donné, se charger de trouver des solutions qui, dans ce cas-ci, sont bénéfiques pour tous: les zones de secours, le patient, le transporteur en ambulance... Ce système est surréaliste à la belge! Il conviendrait de faire preuve de créativité.

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

14.06 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, ik heb 51 vragen en antwoorden meegebracht. Daarvan werd twee derde niet gesteld. Nog meer vragen zijn omgezet naar schriftelijke vragen. Als niemand zich hier nog aandient, dan moet ik u tot mijn spijt zeggen dat deze commissie zichzelf zou moeten ontbinden. Ik heb hier vijf Parlementsleden gezien: de heer Senesael, de heer Frédéric, de heer Delannois, mevrouw Jiroflée en mevrouw Van Camp. Met uzelf erbij gerekend, zijn het er zes.

Zeer veel van de gestelde vragen waren samengevoegde vragen. Soms waren er vijf mensen die bijkomende vragen hadden over hetzelfde onderwerp, maar niet aanwezig waren. Ik heb ook op die vragen geantwoord, maar ik vind het bij het haar getrokken, rekening houdend met al het werk dat alle administraties en mijn kabinet daarmee hebben. Ik wil daar echt tegen protesteren.

14.07 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je ferai écho de cet aspect demain en Conférence des présidents.

La semaine dernière, nous avons abordé en commission du Règlement le problème que je qualifierais de "diarrhée de questions", dans le cadre duquel chacun considère que sa question est importante mais ne trouve pas utile de venir la poser. Il y a des règles à respecter au sein de ce Parlement. De mémoire, lorsque je présidais, on n'était pas excusé, la question était automatiquement supprimée si on ne faisait pas l'honneur d'être présent, au moment de poser sa question et sans que le fonctionnaire ne téléphone. Les fonctionnaires ne sont pas des secrétaires de luxe. Chaque parlementaire a ses collaborateurs, il lui suffit de les envoyer ou d'être présent.

Je propose donc de supprimer la question de tous ceux qui n'étaient pas présents, quel que soit leur parti, et qui n'étaient pas excusés (on peut, en effet, avoir une raison valable d'être absent, telle qu'une raison médicale, comme c'est le cas de M. Blanchart).

14.08 Maggie De Block, ministre: Il s'agit là d'un autre cas de figure. Nous avons toujours une liste de 50 à 60 questions qui sont

14.05 Paul-Olivier Delannois (PS): De beleidsverantwoordelijken moeten naar oplossingen streven die iedereen ten goede komen.

14.06 Maggie De Block, ministre: J'avais apporté 51 réponses mais les deux tiers des questions n'ont pas été posées ou ont été transformées en questions écrites. Si plus personne ne se présente, il serait malheureusement préférable que cette commission procède à sa propre dissolution car je n'ai vu ici que cinq parlementaires. Compte tenu du travail que cela représente pour les administrations et mon cabinet, je veux vraiment dénoncer cette situation.

14.07 André Frédéric (PS): Ik stel voor dat de vragen van de leden die zich niet hebben laten verontschuldigen worden geschrapt.

préparées et mises à jour lorsqu'elles sont un peu trop anciennes.

14.09 André Frédéric (PS): Un texte a d'ailleurs été déposé dans le but de modifier les règles et de favoriser autant que possible les questions écrites.

Madame la présidente, j'ai encore une question à poser à Mme la ministre.

14.10 Maggie De Block, ministre: Il me reste à répondre à la question n° 29100 de M. Frédéric sur l'accord tarifaire chez les dentistes, mais c'est la dernière.

De **voorzitter:** Vanmorgen was het nog veel erger. De hele ochtend was bedoeld voor de bespreking van prioritaire wetsvoorstellen, maar bij het tellen ben ik niet verder gekomen dan zeven Parlementsleden, mijzelf meegerekend. Ik heb gewacht tot 10.40 uur, maar wij hebben het quorum van negen leden niet gehaald.

La **présidente:** Ce matin, nous n'avons même pas atteint le quorum pour nos propositions de loi prioritaires. Je partage cette opinion. Même lorsque je n'étais pas présidente, j'ai toujours été présente aux réunions.

14.11 André Frédéric (PS): Madame la présidente, j'imagine que les collègues ont des choses très importantes à faire.

La **présidente:** Ils sont en campagne, je pense!

14.12 André Frédéric (PS): J'ai moi-même dû aller compléter le nombre des membres en commission des Finances. Je suis intervenu en commission de la Justice, j'ai participé à l'audition sur les Témoins de Jéhovah à midi et je suis ici cet après-midi. J'estime que c'est normal, mais manifestement, nous ne sommes pas nombreux à l'estimer.

Par rapport au personnel, ce n'est pas très correct non plus. Mobiliser autant de gens pour si peu, c'est n'importe quoi, qu'il s'agisse du personnel de vos administrations ou de la Chambre!

Puis-je poser ma question avant que la ministre ne s'énerve et ne parte?

14.13 Maggie De Block, ministre: Je voulais le dire avant.

14.14 André Frédéric (PS): Nous pensons la même chose, madame la ministre.

De **voorzitter:** Ik deel uw mening. Ook toen ik geen voorzitter was, was ik hier altijd aanwezig.

15 Questions jointes de

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'absence d'accord tarifaire chez les dentistes" (n° 29100)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'absence d'accord tarifaire chez les dentistes" (n° 29106)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et de la Migration, sur "l'accord dento-mutualiste" (n° 29107)

15 Samengevoegde vragen van

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het ontbreken van een tariefakkoord met de tandartsen" (nr. 29100)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en

Migratie over "het ontbreken van een tariefakkoord met de tandartsen" (nr. 29106)

- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie over "het akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen" (nr. 29107)

15.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, garantir la sécurité tarifaire des patients est fondamental. Pourtant, aujourd'hui, cette sécurité tarifaire est à nouveau en danger.

L'avenant à l'accord national dento-mutualiste 2017-2018 a été publié au *Moniteur belge* le 29 janvier 2019. Le texte a été soumis aux praticiens de l'art dentaire pour adhésion. Ceux-ci disposaient de trente jours pour se prononcer, soit jusqu'au 28 février dernier.

Pour entrer en vigueur, cet avenant doit, comme nous le savons, faire l'objet d'une adhésion de la part de plus de 60 % des praticiens de l'art dentaire. Ces dernières années, nous avons pourtant constaté une augmentation inquiétante du taux de déconventionnement chez les dentistes. Alors qu'ils étaient 27,84 % en 2005-2006, ils sont passés à 38,63 % en 2017-2018, soit un taux proche de celui du seuil de 40 % de rejet au-delà duquel l'accord tarifaire n'est plus d'application.

Dans ce cas de figure, la situation serait extrêmement préoccupante puisque cela signifierait que les tarifs des soins dentaires seraient libres. Encore et toujours, ce sont donc les patients qui seraient pénalisés puisqu'ils devraient payer plus cher leurs visites et consultations chez le dentiste sans être mieux remboursés.

Madame la ministre, pourriez-vous nous communiquer les résultats de la procédure d'adhésion? Sur cette base, quelles sont les implications sur l'entrée en vigueur de l'accord dans les différentes Régions du pays?

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, je vous remercie pour votre question et pour votre présence.

L'avenant à l'accord national dento-mutualiste 2017-2018 a été publié au *Moniteur belge*, le 29 janvier 2019, comme vous l'avez dit. Les praticiens de l'art dentaire ont eu un délai de trente jours pour faire part de leur adhésion ou de leur refus d'adhésion à cet avenant. La Commission nationale dento-mutualiste a pris connaissance de ces chiffres le 7 mars. En effet, le taux de déconventionnement au niveau du royaume est problématique. C'est pour cela qu'en concertation avec la Commission nationale dento-mutualiste, nous cherchons des solutions pour pouvoir faire entrer l'avenant en vigueur.

La Commission nationale dento-mutualiste a dès lors été invitée à réévaluer la situation avant la fin du mois de mai sur la base du nombre de dentistes qui seront revenus sur leur refus d'adhésion. On

15.01 André Frédéric (PS): De tariefzekerheid voor de patiënten komt opnieuw in het gedrang.

De wijzigingsclausule bij het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2017-2018 is op 29 januari 2019 in het *Belgisch Staatsblad* verschenen. De tandheelkundigen hadden tot 28 februari de tijd om een beslissing te nemen.

De overeenkomst kan pas in werking treden als meer dan 60 % van de tandartsen tot de overeenkomst toetreedt. De jongste jaren stelt men een toename vast van het aantal tandartsen die de overeenkomst opzeggen. Dat percentage nadert nu de 40 %, wat verontrustend is omdat het akkoord boven dat cijfer niet meer toegepast wordt.

In dat geval geldt er tariefvrijheid voor tandzorg. Daar worden de patiënten de dupe van, omdat een bezoek aan de tandarts duurder zal worden, zonder dat ze meer terugbetaald zullen krijgen.

Wat zijn de resultaten van de toetredingsprocedure? Wat zijn de implicaties voor de inwerkingtreding van de overeenkomst in de verschillende Gewesten?

15.02 Minister Maggie De Block: De nationale commissie tandartsen-ziekenfondsen heeft vastgesteld dat er problematisch veel tandartsen de overeenkomst opzeggen.

Wij zoeken naar oplossingen om de wijzigingsclausule in werking te doen treden.

De nationale commissie tandartsen-ziekenfondsen zal de situatie herzien voor het einde van mei op basis van het aantal tandartsen die zijn teruggekomen

observe que le taux de rejet n'est pas identique partout dans notre pays. Ce sont surtout des zones connues comme la province d'Anvers et certaines zones en Flandre. En attendant la réévaluation du taux de refus à la fin du mois de mai, ceux qui ont déjà adhéré sont invités à respecter le tarif qui figure dans l'avenant 2019.

Il est vrai que cela fait des années que cela augmente. La pénurie de dentistes joue aussi sur le fait qu'ils pensent être libres de demander des prix parfois exorbitants.

Je n'ai pas les pourcentages avec moi mais les chiffres sont problématiques dans certaines zones, comme Anvers par le passé. Quand il y a un équilibre entre ceux qui adhèrent et ceux qui refusent, l'accessibilité est suffisante pour le patient. Dans le cas contraire, la situation devient problématique.

15.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse.

15.04 Maggie De Block, ministre: Ils sont en train de chercher des solutions.

15.05 André Frédéric (PS): En tout cas, nous resterons attentifs à ce dossier essentiel en termes d'accès du plus grand nombre aux soins de santé. C'est en effet dramatique!

op hun weigering om de overeenkomst te ondertekenen. De afwijzing is niet overal even sterk; in bepaalde gebieden, zoals in de provincie Antwerpen, is het aantal tandartsen die de overeenkomst niet willen ondertekenen groter.

In afwachting worden de tandartsen die reeds tot de overeenkomst zijn toegetreden verzocht het tarief in de wijzigingsclausule 2019 te respecteren.

15.04 Minister Maggie De Block: Zij zoeken naar oplossingen.

15.05 André Frédéric (PS): Dit dossier is essentieel op het vlak van de toegang van zoveel mogelijk mensen tot de gezondheidszorg. De situatie is dramatisch.

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

De **voorzitter**: De heer Vanden Burre is niet aanwezig; zijn vraag nr. 28914 wordt niet behandeld.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.15 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16 h 15.*