

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 26 SEPTEMBER 2017

Namiddag

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

du

MARDI 26 SEPTEMBRE 2017

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 14.23 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 14.23 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: Nous avons beaucoup de questions à l'agenda. Nous allons donc essayer de respecter les temps de parole. Notre réunion prendra fin à 17 h 15.

01 **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geldigheid van het (elektronisch) voorschrift" (nr. 18761)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 20336)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mate waarin artsen gebruikmaken van e-gezondheidszorg" (nr. 20249)

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terughoudendheid van artsen ten aanzien van e-gezondheid" (nr. 20372)

01 **Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la validité des prescriptions (électroniques)" (n° 18761)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 20336)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'implication des médecins dans l'e-santé" (n° 20249)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réticences des médecins face à l'e-santé" (n° 20372)

01.01 **Yoleen Van Camp (N-VA)**: Mevrouw de minister, het elektronisch voorschrift is zeer nuttig en nodig, maar kende toch een moeizame start. De programma's stonden duidelijk nog niet voor 100 % op punt bij de invoering. Ondertussen horen wij van op het terrein dat de kinderziekten voor een groot stuk uit de programma's gehaald zouden zijn en dat het elektronisch voorschrijven vlotter verloopt.

Ik heb hieromtrent een specifieke vraag, en dan vooral over de geldigheid van het elektronische voorschrift. Als ik het goed begrepen heb, is de geldigheid voor papieren voorschriften beperkt tot drie maanden. Blijft dat ook zo voor elektronische voorschriften? Wij horen immers van op het terrein dat het een extra voordeel en een extra stimulans zou zijn voor zowel patiënt als zorgverlener om met het elektronisch voorschrift te werken indien de geldigheid hiervan verlengd zou worden. Wat is uw standpunt hierin? Erkent u dat? Hebt u plannen om daaraan tegemoet te komen?

Waarom is die termijn nu op drie maanden gezet? Welke ratio gaat daarachter schuil? Het levert in de praktijk immers problemen op met voorschriften die pas later opgehaald moeten worden. In principe moeten die dan op een latere datum worden ingeschreven, maar ik heb begrepen dat niet elk softwareprogramma dat toelaat.

Ik heb u eens opgevraagd hoeveel attesten voor terugbetaling in het algemeen te laat of nooit worden ingediend. U antwoordde toen dat u daarvan geen gegevens had. Zal dat met het elektronisch voorschrift wel het geval zijn?

01.02 Minister **Maggie De Block**: (...)

La **présidente**: Les questions sont jointes. Madame la ministre, vous répondez à celles que vous avez préparées. Mme Van Camp ira lire vos réponses pour voir ce qui lui manque par rapport au mois de juin.

01.03 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous ai déjà interrogée à maintes reprises sur la prescription électronique. Vous aviez annoncé pour octobre le lancement d'un logiciel gratuit, baptisé PARIS, destiné à accompagner le processus d'informatisation de la prescription, notamment pour les médecins plus âgés.

La demande de prise en considération des médecins les plus âgés est formulée de manière à leur permettre d'utiliser la prescription habituelle classique pour éviter qu'ils précipitent la fin de leur activité. On pourrait garder cette possibilité jusqu'à la concordance avec le dossier médical informatique prévu pour le 1^{er} janvier 2021.

J'admets qu'il faut aller vers la prescription électronique mais en tenant compte des multiples réalités et sans pousser certains à cesser leur activité, d'autant que certaines régions connaissent des pénuries de généralistes.

Madame la ministre, est-on d'accord sur le principe que la mise en place du logiciel n'exclut pas la prolongation de la prescription papier pour les médecins les plus âgés idéalement jusqu'au 1^{er} janvier 2021, date de démarrage du dossier informatique?

01.04 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, comme vous l'avez suggéré, je ne répéterai pas les questions qui ont déjà été posées par les précédents intervenants.

Cependant, madame la ministre, pourriez-vous me dire si des formations sont prévues, comme vient d'y faire référence Mme Fonck, pour les médecins les plus âgés afin qu'ils puissent passer plus rapidement à la prescription électronique? Si oui, comment seront-elles organisées?

01.05 **Véronique Caprassé** (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, l'enquête qui a été menée par Newpharma et MediQuality auprès de 400 médecins et dont les résultats ont été publiés dans la presse, fin août, a révélé que seuls 15 % d'entre eux pensent que la santé numérique sera bénéfique et de nature à améliorer leurs relations avec leurs patients.

Ils ne font pas beaucoup confiance aux innovations déjà mises en place comme la plate-forme eHealth. Ils évoquent des difficultés d'utilisation et expriment leurs craintes quant à la confidentialité des données. Ainsi, 70 % d'entre eux craignent les risques d'erreur et seulement 33 % des médecins interrogés ont adopté la prescription électronique.

Suivant les critiques relevées, cette dernière ne permet pas d'indiquer tous les conseils habituels qui accompagnent la prise de médicaments. Ils expriment aussi leur inquiétude en cas de problème technique, point que j'avais déjà évoqué en mai dernier dans une question sur les aspects pratiques de la prescription électronique.

Pour ce qui concerne la messagerie électronique, ils craignent une moins bonne écoute et une moindre prise en compte du facteur humain. Ils estiment que les objets connectés ne servent à rien sans médecin, si ce n'est à rassurer à tort. Ils s'inquiètent de la sécurité des données. Ils déplorent également que la diversité des logiciels et leur incompatibilité mettent à mal le partage des données, sauf en Wallonie, semble-t-il.

Madame la ministre, les résultats de cette enquête m'amènent à vous poser les questions suivantes. Combien de médecins ont-ils adopté, à ce jour, la prescription électronique dans chaque Région? Quel pourcentage du corps médical représentent-ils? Où en est la solution annoncée pour les personnes qui n'ont pas de carte d'identité? Maintenez-vous une généralisation de son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018? Avez-vous, de votre côté, entamé ou poursuivi un dialogue avec les médecins pour prendre en compte les

difficultés rencontrées sur le terrain tant pour la prescription électronique que pour les autres évolutions vers l'e-santé? Qu'en est-il de l'information aux patients, aux médecins, aux pharmaciens, aux mutuelles et à tous les acteurs concernés?

Dans votre réponse à ma question précédente, vous aviez évoqué un dépliant qui serait diffusé via les pharmacies. Est-ce toujours d'actualité? Qu'en est-il des médecins? Ma généraliste, en tout cas, est passée à la prescription électronique, mais elle est inquiète car elle ne sait toujours pas quoi faire pour les patients sans carte d'identité, qu'il s'agisse de personnes étrangères ou en situation difficile.

01.06 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, wat uw vraag betreft meen ik dat ik volledig geantwoord heb op 21 juni. Dat is dus alvast snel opgelost.

Mesdames Fonck et Caprasse, monsieur Senesael, j'ai en effet pris connaissance des conclusions essentielles de cette enquête sans nier les inquiétudes des prestataires et les problèmes pratiques qu'occasionne le déploiement des outils e-santé. Les signaux qui me parviennent sont plus encourageants. Ainsi, par exemple, dans le cadre de la prime télématique 2016 des médecins généralistes, les résultats se sont révélés positifs puisque la moitié d'entre eux a atteint les seuils fixés pour au moins trois des six e-paramètres.

Pour la prescription de médicaments particuliers, les résultats ont démontré que 5 223 médecins généralistes avaient réalisé au moins 25 % de leurs prescriptions de médicaments électroniquement au cours du second trimestre 2016. Par ailleurs, au 31 août 2017, 9 116 médecins avaient utilisé la prescription électronique.

La prescription électronique de médicaments en ambulatoire gagne également du terrain dans les hôpitaux puisque quatorze d'entre eux sont aujourd'hui en mesure de prescrire des médicaments aux patients ambulants.

L'application internet PARIS sera accessible via la plate-forme eHealth avec un pc ou un portable et, à terme, sur un smartphone ou une tablette. Le prescripteur s'authentifiera à l'aide de sa carte d'identité électronique et de son code PIN.

Les principaux bénéficiaires de cette application sont les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les dentistes et les sages-femmes qui se trouvent dans une situation où ils n'ont pas accès à leur logiciel de gestion du dossier du patient ou au système d'information hospitalier comme, par exemple, lors des visites à domicile, dans certaines maisons de repos, lors d'une consultation à l'hôpital, ou qui ne disposent pas encore du dossier médical informatisé, c'est-à-dire du logiciel de gestion du dossier du patient.

Cela concerne certaines catégories de médecins spécialistes, les prescripteurs qui n'ont plus de pratique ou n'exercent pas au sens classique du terme, parce qu'ils travaillent dans des organismes assureurs, dans l'administration ou dans l'enseignement. Cela peut concerner aussi les biologistes cliniques, les anatomopathologistes et d'autres. Il y a aussi un autre groupe important, constitué par les médecins plus âgés, et par les prescripteurs plus âgés tout court, qui sont en fin de pratique active.

Une phase de test en situation réelle, préalable à la mise en place effective est prévue afin que les utilisateurs potentiels vérifient si la solution mise au point est efficace et afin d'optimiser son fonctionnement.

PARIS sera disponible pour le 1^{er} décembre 2017. Une communication à ce sujet, comportant de l'information pratique, entre autres quant à l'organisation du *helpdesk*, est prévue après la phase de test. À partir de 2018, la prescription électronique de médicaments se généralisera. L'application PARIS offrira à chaque prescripteur la possibilité de faire des prescriptions électroniques en dehors du dossier médical informatisé, en attendant que son utilisation se généralise.

En ce qui concerne les formations que nous avons déjà données, j'ai conclu, depuis 2015, des conventions avec les entités fédérées pour un total de deux millions d'euros afin qu'elles prennent l'initiative d'actions en vue de promouvoir l'e-santé parmi les prestataires. Ces actions peuvent revêtir différentes formes. En Wallonie, la convention a été conclue avec la Fédération des associations de généralistes, pour organiser des formations de différents niveaux. Fin décembre 2016, on avait déjà enregistré 4 778 participations de médecins généralistes pour ces formations. Il faut dire qu'un même médecin généraliste peut s'inscrire à

des formations de différents niveaux.

J'estime qu'un travail important a été effectué au sein de l'INAMI.

Het is natuurlijk ook nog zo dat de papieren voorschriften zeldzaam zullen worden, maar nog steeds mogelijk zullen blijven, wanneer het elektronisch niet mogelijk is, bijvoorbeeld als het internet plat ligt of men niet de mogelijkheid heeft om elektronisch voor te schrijven. Ik denk dat PARIS een goede aanvulling is voor oudere mensen en mensen die occasioneel voorschrijven. Het is goed dat dit is uitgewerkt.

01.07 Catherine Fonck (cdH): Merci, madame la ministre. Dois-je comprendre qu'il y aura une généralisation de la prescription électronique? Très bien. Mais même en dehors de problèmes techniques, d'urgence, d'indisponibilité, de logiciel, de matériel informatique, pour les médecins âgés, nous sommes d'accord de dire qu'il restera possible de pratiquer par prescription papier. Vous hochez la tête. Je le dis pour le rapport, cela figurera ainsi dans les travaux préparatoires.

Je pense que c'était fondamental. Vous savez bien que je vous ai embêtée sur le sujet. C'était une demande raisonnable du terrain. Il y aura surtout un avantage majeur, c'est que pour faire évoluer les choses et surtout pour en faire une réussite, il faut prendre en compte et accepter des adaptations qui permettent aux uns et aux autres de s'y retrouver. Dans ce cadre-là, je pense qu'on peut en faire une réussite mais il faut encore et toujours absolument respecter cette possibilité soit lors de problèmes techniques, soit pour les médecins les plus âgés.

01.08 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je remercie la ministre pour la qualité de sa réponse et le suivi qu'elle va réserver à ce dossier.

01.09 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, vous avez donné une réponse globale satisfaisante.

Je suppose que pour les patients qui n'ont pas de carte d'identité munie d'une puce, on va vers des solutions papier. Il faut trouver une solution pour ces personnes! Ce problème est répercuté par des médecins généralistes.

01.10 Maggie De Block, ministre: Il existe une solution pour ceux qui ont une carte d'identité ou une carte de séjour. Des discussions sont en cours pour les sans-papiers.

01.11 Véronique Caprasse (DéFI): Pour les personnes qui ont une carte d'identité sans puce, il y a toujours un problème! C'est une question piège mais il faut trouver une solution ou continuer avec la version papier!

01.12 Maggie De Block, ministre: (...) En 2017, il faut s'adapter.

01.13 Véronique Caprasse (DéFI): Les médecins ne sont pas responsables des cartes d'identité! Il y a peut-être un problème avec les administrations communales!

La **présidente**: On peut encore déclarer ses impôts en version papier!

01.14 Catherine Fonck (cdH): (...)

La **présidente**: Madame la ministre, lors de notre dernière séance de questions avant les vacances, vous aviez précisé qu'une tolérance serait accordée aux médecins âgés au-delà de janvier 2018.

Il est aussi vrai que la technologie des pièces d'identité n'a pas encore atteint tout le monde. Certaines administrations n'ont toujours pas actualisé toutes les cartes d'identité. Il faudra investiguer davantage.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 20077)

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 20077)

02.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in 2016 was een audit aangekondigd inzake de werking, organisatie en kostenstructuur van de WGC's. Als bewarende maatregel werd tot na de uitvoering van de audit een moratorium ingesteld op de erkenning van nieuwe wijkgezondheidscentra.

Mijn vragen aan u zijn de volgende, mevrouw de minister.

Hoever staat men met de audit?

Zullen de resultaten aan het Parlement worden bezorgd?

Is het moratorium nog van kracht? Ik heb vernomen dat op 2 oktober 2017 in Opglabbeek een nieuw WGC van start zal gaan. Dit werd aangekondigd in augustus. Hoe is dit mogelijk als het moratorium nog steeds van kracht is? Het WGC in Opglabbeek werpt zich bovendien op als een antenne van het WGC in Genk. Men maakt hier volgens mij gebruik van een achterpoortje om het moratorium te omzeilen. Bent u het daarmee eens?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de auditwerkzaamheden zullen tegen het einde van dit jaar worden afgerond. De werkzaamheden werden te laat opgestart door een probleem in de administratie. Bovendien was de medewerking niet meteen optimaal. U weet dat sommigen vragen van de audit boycotten omdat zij bepaalde zaken niet wensen mee te delen.

De audit komt er evenwel omdat voldoende centra wel hebben geantwoord. Ondertussen blijven alle onderdelen van de regeringsbeslissing van oktober 2016, getroffen in het kader van de opmaak van de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor 2017, integraal gelden, zo ook het moratorium.

Bij de diensten van het RIZIV is momenteel geen aanvraag gekend tot het sluiten van een akkoord voor een forfaitaire betaling, die zou uitgaan van het door u gesignaleerde nieuw medisch huis. Zij hebben geen aanvraag gedaan voor een forfaitaire tegemoetkoming want die valt onder het moratorium. Zij kunnen zich echter wel organiseren, privé, in een medisch huis. Dit is nog steeds mogelijk omdat zij dan volgens de gewone prestatiefinanciering werken.

Ook in mijn regio zijn er dergelijke medische huizen geopend door een aantal huisartsen en andere zorgverstrekkers. Zij werken dan niet via een forfaitaire betaling, maar wel via een derdebetalersregeling zoals andere huisartsen. Voor het overige werken zij gewoon met prestatiefinanciering.

Dat is dus nog altijd mogelijk. Zij vallen niet onder het moratorium, maar hebben ook geen aanvraag gedaan voor een forfaitaire betaling.

Waar de audit eigenlijk over gaat, is te weten wat er gebeurt met de forfaitaire betaling, in hoeverre de patiënt daardoor betere of minstens even goede zorgen krijgt en in hoeverre de forfaits transparant worden besteed.

02.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, dat vind ik een heel goede zaak.

Wat dit concrete dossier betreft, is het duidelijk en ik zal dat ook op die manier doorgeven.

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

03 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsopleiding" (nr. 20045)

03 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en médecine générale" (n° 20045)

03.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ook deze vraag dateert van even geleden. Ze gaat

over de wijziging in de huisartsenopleiding, waar omgeschakeld wordt van 7 + 2 van 6 + 3. Als ik het goed heb, is er nog altijd een probleem om 18 miljoen euro extra te vinden om de lonen van de HAIO's verder uit te betalen. Dat loon wordt voor de helft betaald door het RIZIV en voor de helft door de huisartsen waar de HAIO's in dienst zijn.

Voor zover ik weet, is die 18 miljoen euro nog steeds niet gevonden, of is hiervoor althans geen KB of officieel akkoord. U suggereerde zelf als oplossing om de ziekenhuisstage in de basisopleiding te laten meetellen in de beroepsopleiding tot huisarts. Op die manier zou een half jaar uitgespaard worden. De hele sector is het erover eens dat dit geen goed idee is omdat die ziekenhuisstage dient om bepaalde basisvaardigheden aan te leren en niets te maken heeft met de nodige skills in de huisartsenopleiding. Deze oplossing zou trouwens niet conform de Europese regels zijn. Ook de Hoge Gezondheidsraad gaf hiervoor al een paar keer een negatief advies.

Ik heb begrepen dat u, in overleg met de sector, aan een oplossing werkt. Dat zei u in ieder geval. Ik heb dan ook de volgende vragen voor u.

Bent u het met mij eens dat dit een nefaste invloed heeft op de toeleiding tot het beroep van huisarts? Als deze onzekerheid nog langer blijft bestaan, wordt deze studiekeuze minder interessant. Nochtans moet dit beroep, gezien de veroudering van de bevolking en de nakende pensioneringsgolf van huisartsen, aantrekkelijk gehouden worden.

Bent u nog altijd voorstander van het laten meetellen van die ziekenhuisstage? Waarom wel of waarom niet?

Zal u die 18 miljoen euro per jaar kunnen vrijmaken? Of zal dit overgelaten worden aan een volgende regering?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, wat de dubbele cohorte betreft – het werd hier al veel gezegd – kan de beslissing niet aan de volgende regering worden overgelaten. Dat is namelijk wat de vorige regering heeft gedaan. Ze heeft daarvoor geen maatregelen getroffen. U ziet dat het niet gemakkelijk is om daarna te remediëren.

Het is een gevolg van de eerdere beslissing van de onderwijsautoriteiten om de opleiding tot arts met een jaar te verkorten, van zeven tot zes jaar. Het gaat om de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen, en niet de Hoge Gezondheidsraad. Dat is een andere raad. U weet dat er veel raden zijn, maar de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen werd meermaals geconsulteerd over die problematiek.

Wat uw eerste vraag betreft, kan ik niet anders dan vaststellen dat de belangstelling voor de studies voor arts zeer groot is, wat aangetoond is door het aantal inschrijvingen voor het toelatingsexamen dat voor de eerste keer in de beide Gemeenschappen georganiseerd werd. De planningscommissie heeft geadviseerd om van de uitstromende, gepromoveerde artsen ongeveer 40 % als huisarts te vormen. In het verleden heeft men heel veel artsen gevormd, maar te weinig huisartsen. Dat komt natuurlijk ook door de vrije keuze, maar het was wel een fout. Ik onderschrijf dan ook de doelstelling om 40 % huisartsen te vormen binnen de cohorte.

Ik neem ondertussen ook initiatieven om de huisartsenopleiding verder mogelijk te maken. Binnen het RIZIV worden de budgetten binnen de administratiekosten voor de opleiding huisarts aangepast aan de dubbele cohorte. Daarenboven is een aanpassing nodig van het koninklijk besluit dat artikel 55 van de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen uitvoert. In het besluit is in een budget voorzien voor 24 maanden vorming. Conform de verlenging van de professionele stage voor huisartsen zal het tot 36 maanden aangepast moeten worden. Dat initiatief is lopende.

Initiatieven om de vestiging van huisartsen aantrekkelijker te maken en de huisartspraktijk te bevorderen, vallen nu onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. Ik zie dat er daar ook initiatieven zijn, zowel in Wallonië, met Impulseo, als in Vlaanderen.

Wat uw tweede vraag betreft, merk ik op dat de verlenging van de professionele stage voor huisartsen samenvalt met de invoering van de verlenging van de professionele stage huisartsgeneeskunde, evenals met de introductie van een ziekenhuisstage in de opleiding.

De ziekenhuisstage voor huisartsen valt samen met de dubbele instroom van artsen-specialisten in opleiding

in de ziekenhuizen.

Tot slot was er de voorbije jaren een belangrijke overschrijding van de vastgestelde quota in de Franse Gemeenschap, wat de druk op de stagecapaciteit in de ziekenhuizen vooral in de Franse Gemeenschap sterk verhoogde.

Daarnaast is er de bezorgdheid over de kwaliteit van de stages en of er voldoende professionele expositie is, wat voor alle artsen die professioneel gevormd worden van groot belang is.

Met andere woorden, hier komen drie determinerende factoren samen.

De Hoge Raad van Artsen-Specialisten en Huisartsen heeft in zijn advies van 23 februari 2017 op een genuanceerde manier geantwoord op de vraag aangaande de professionele vorming van huisartsen. De vraag rijst of ons land, gelet op de specifieke context, verder een beroep moet doen op de uitzonderingsbepaling van artikel 28,2 van de Europese richtlijn nr. 36 van 2005, de richtlijn over de beroepskwalificaties, die u ongetwijfeld kent.

De Hoge Raad adviseerde de driejarige professionele vorming zoals gepland voort te zetten. Hij bevestigt ook het nut van 6 maanden ziekenhuisstage tijdens dit vormingstraject. De Hoge Raad wil echter ook vermijden dat het vormingstraject van een kandidaat zou worden onderbroken wegens een tekort aan ziekenhuisplaatsen ten gevolge van de dubbele cohorte en de competitie met de kandidaat-specialisten die ook stageplaatsen moeten zoeken.

Om de erkenning van een kandidaat-huisarts niet onzeker te maken of uit te stellen, pleit de Hoge Raad voor de mogelijkheid van een strikte uitzonderingsmaatregel. De Hoge Raad vroeg te onderzoeken of in deze context verder een beroep kan worden gedaan op artikel 28,2 van de Europese richtlijn.

Gevolggend aan het advies van de Hoge Raad zal binnenkort een ministerieel besluit verschijnen tot wijziging van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 over de erkenning van huisartsen. Kandidaat-huisartsen die houder zijn van een universitair attest voor de jaren 2018-2024 zullen in het raam van hun specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde 6 maanden stage, gevolgd tijdens het zesde jaar van de opleidingscyclus die leidt tot het diploma van arts, kunnen valoriseren.

Deze valorisatie is enkel mogelijk voor zover de stage de aspecten omvat van het klinisch werk dat relevant is voor de huisartsen en voor zover het werk verricht werd in een erkend ziekenhuis dat beschikt over de nodige uitrusting en diensten die geschikt zijn voor de huisartsgeneeskunde.

Wat de financiering betreft, heb ik voor de zomer van de diensten van de FOD Volksgezondheid een onderbouwde prognose gekregen van de instroom van artsen in de professionele stages. Die prognoses worden gebruikt om in een toekomstig budget te voorzien voor de professionele vorming van artsen. Ik ijver ervoor binnen de regering en bij het RIZIV om in deze budgetten effectief te voorzien. Hierbij komen vele aspecten kijken die verschillen voor specialisten en huisartsen. We hebben al een aantal wettelijke initiatieven genomen. Dit is een groot werk waar nog niets aan was gedaan en waarvoor wij nu oplossingen zoeken.

Ik heb al meermaals gezegd dat de oplossing niet uit één magische bron zal komen. Het is niet zo dat men maar 100 miljoen euro op tafel moet ploffen, waarmee dan alles is geregeld. Nee, we moeten echt maatregelen nemen en waken over de kwaliteit van die gevormde artsen.

03.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dank u voor uw uitgebreide antwoord.

Ik begrijp dat er heel wat stappen zijn gezet. Ik had ook begrepen dat voor de eerste jaren de middelen, die 18 miljoen euro of bij benadering het benodigde bedrag, geen probleem vormden, aangezien die aanwezig waren binnen het budget van het RIZIV. De knoop lag vooral bij de zekerheid om dit vanaf 2020 nog te hebben. U spreekt echter over 2018 tot 2024, dus ik begrijp dat u dit meeneemt.

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

04 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le

partage du dossier médical global" (n° 20052)

04 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het delen van het globaal medisch dossier" (nr. 20052)

04.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je reviens vers vous au sujet de l'Ordre des médecins, lequel sollicite l'obligation pour tous les patients de choisir un médecin généraliste qui réalise et tient pour eux un dossier médical global (DMG). Selon les membres de l'Ordre, une telle obligation permettrait aux médecins de bien connaître le dossier des patients et ainsi de leur procurer des soins de qualité.

Par ailleurs, alors que le système actuel n'envisage le DMG et son résumé que dans les mains d'un généraliste, l'Ordre des médecins estime judicieux qu'il soit également le fait des médecins spécialistes qui suivent de près les patients.

Madame la ministre, quel est votre point de vue concernant cette demande de l'Ordre des médecins? Seriez-vous encline à l'accepter? Dans le cas contraire, pouvez-vous nous en donner les raisons? Au-delà de cette demande, il apparaîtrait que le DMG soit mieux et beaucoup plus implanté en Flandre qu'en Wallonie. Confirmez-vous cette information? Pouvez-vous nous communiquer des données chiffrées? Comment expliquez-vous ces différences? Envisagez-vous de prendre des mesures afin de remédier à cette situation?

04.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, j'ai en effet pris connaissance de la sollicitation de l'Ordre des médecins relative à l'obligation pour tous les patients de choisir un médecin généraliste chargé de constituer et tenir pour eux un dossier médical global.

Contrairement à votre affirmation, l'Ordre n'envisage pas que le dossier médical généraliste soit également le fait des médecins spécialistes. En effet, l'Ordre estime que les informations les plus importantes du dossier médical global devraient également être accessibles en ligne pour les autres médecins. À cet effet, je vous indique que, dans le cadre du Plan e-Santé, le Plan d'action SIS – qui consiste à partager les informations afin de collaborer – prévoit le partage de toutes les données pertinentes susceptibles de faciliter les soins prodigués au patient.

En outre, nous nous basons sur les données de 2015 pour répondre à la question du nombre de dossiers médicaux globaux par Région et par tranche d'âge, car nous constatons de grandes disparités. Je vous transmettrai naturellement le tableau. En Flandre, le taux était de 67 % en 2015. Pour les moins de 25 ans, il atteignait 52 % tandis que, pour les plus de 74 ans, il s'élevait à 95 %. Il apparaît donc que les jeunes se montrent plus hésitants que les seniors dans le choix du médecin et la constitution d'un dossier médical global. Quant à la Wallonie, le taux est évidemment plus bas: 47,5 % (-22 % par rapport à la Flandre). La situation est un peu semblable à celle de la Flandre. Le taux des jeunes de moins de 25 ans s'élève à 41 %, tandis qu'il est de 74 % pour les plus de 74 ans. En Région bruxelloise, le pourcentage est encore plus faible, puisqu'il atteint 40 %. De toute façon, je vais vous communiquer le tableau.

Mais on peut faire le même constat à Bruxelles, en Wallonie et en Flandre: le nombre de dossiers médicaux globaux est plus faible pour les jeunes, tandis que la proportion de personnes âgées ayant activé le dossier médical global est beaucoup plus importante.

Le taux de couverture par habitant sur l'ensemble du territoire représente 58 % (67 % en Flandre contre 47 % en Wallonie et 40 % à Bruxelles). Toutefois, ces chiffres doivent être interprétés avec nuance. La couverture est très différente selon l'âge. Plus le patient est âgé, plus il bénéficie du dossier médical global. Il faut savoir que ce système était à l'origine prévu pour les patients âgés avant d'être élargi à tous les patients.

Ceci n'explique pas complètement le retard constaté en Wallonie et à Bruxelles. Je pense que d'autres facteurs jouent, comme la place du médecin généraliste dans l'offre de soins ou des facteurs socioculturels influençant l'adhésion de la population au système.

J'attire d'ailleurs votre attention sur le fait que ce n'est pas parce que le dossier médical global n'est pas facturé que le médecin ne dispose pas d'un dossier pour son patient et que ce dernier n'est pas suivi correctement. De plus, à l'heure actuelle, l'augmentation de la couverture est plus importante. On constate donc une plus grande croissance en Wallonie et à Bruxelles qu'en Flandre. Je pense que la situation finira par être nivelée. N'oublions pas que ces chiffres datent de 2015! Depuis lors, ils auraient dû augmenter.

Je vous donnerai les tableaux chiffrés, monsieur Senesael!

04.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour ces explications et les chiffres que vous allez me remettre.

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

05 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de waarschuwing van Kom op tegen Kanker voor de mogelijke gevaren van een nieuw soort sigaretten" (nr. 20082)

05 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en garde de Kom op tegen Kanker contre les dangers potentiels d'un nouveau type de cigarettes" (n° 20082)

05.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik heb een vraag over de zoveelste nieuwe soort sigaret. Kom op tegen Kanker heeft er al tegen gewaarschuwd in een opiniestuk en een brief aan u. Het gaat over een nieuw elektrisch apparaatje waarin tabak wordt opgewarmd in plaats van verbrand.

Volgens tabaksgigant Philip Morris komen daardoor minder schadelijke stoffen vrij, maar het VIGeZ en verschillende andere verenigingen, waaronder Kom op tegen Kanker hebben al sterk gewaarschuwd voor deze nieuwe manier van roken. Zij schreven u dan ook een brief hierover om te waarschuwen voor het product.

Mevrouw de minister, ik heb hierover de volgende vragen.

Welke impact heeft de nieuwe sigaret op de gezondheid van de roker? Kunt u hiervoor een vergelijking geven met de traditionele sigaret en de traditionele e-sigaret? Bestaan daar cijfers over?

Verwacht u de nieuwe soort sigaret binnenkort in België? Waarom wel of waarom niet?

Als die nieuwe sigaret bij ons verschijnt, zult u dan maatregelen nemen? Indien ja, welke maatregelen?

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, IQOS is een product dat onlangs werd gelanceerd door Philip Morris. Volgens de informatie die mijn diensten hebben ingewonnen wordt het product verhandeld in een aantal buurlanden, zoals Nederland en Frankrijk, maar ik heb geen informatie dat het al in België zou worden verhandeld.

Ik heb geen weet van onafhankelijke studies die de gezondheidsimpact van IQOS aantonen, aangezien het om een vrij recent product gaat. In dit stadium is het dan ook niet mogelijk om de impact van het product op de gezondheid te vergelijken met een e-sigaret of een gewone sigaret. Er zal wat tijd nodig zijn om dat na te gaan.

Het koninklijk besluit van 5 februari 2016 geeft een goede wettelijke bescherming aan de consument. Het stelt dat de fabrikanten van nieuwe tabaksproducten zes maanden voor de beoogde datum van het in de handel brengen een elektronische notificatie moeten indienen bij de FOD Volksgezondheid. Momenteel heeft de FOD nog geen dossier ontvangen, dus daarom verwachten wij dat het product niet binnen zes maanden op de Belgische markt beschikbaar zal zijn.

Mijn diensten staan ook in contact met de overheidsinstanties van de andere Europese lidstaten die belast zijn met dit dossier. Indien Philip Morris beslist om het product ook in België op de markt te brengen, zullen mijn diensten het overhandigde dossier ook analyseren.

Het gaat hier om een product dat duidelijk tabak bevat. Daardoor zullen alle wettelijke bepalingen die van toepassing zijn op dergelijke producten ook gelden, dat wil zeggen het verbod op reclame, het verbod op de verkoop aan min 16-jarigen, het verbod op het gebruik op openbare plaatsen, zoals dat ook al het geval is voor de elektronische sigaret.

05.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Omdat Kom op tegen Kanker u een brief heeft gestuurd, veronderstel ik dat zij van u hetzelfde antwoord hebben ontvangen en dat zij op de hoogte zijn van de laatste stand van zaken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zinkoxide" (nr. 20096)

06 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxyde de zinc" (n° 20096)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zinkoxide is een product dat al een tijd wordt gebruikt voor medicinale toepassingen bij dieren. Enkel jaren geleden zijn Frankrijk en Nederland naar Europa gestapt met een procedure tegen het product. Er is op Europees niveau een hele discussie geweest en daar zou de beslissing genomen zijn dat de lidstaten het gebruik van het product nog 5 jaar kunnen toelaten. De vorige minister van Volksgezondheid, mevrouw Onkelinx, zei dat er een positief advies was van het AMCRA dat stelde dat het wel was toegelaten op de Belgische markt omdat het vooral dankzij dit product is dat het gebruik van kritische antibiotica bijvoorbeeld in de varkenssector drastisch is verlaagd.

Mevrouw de minister, ik had graag geweten hoe wij daar tegenover staan. Wat doen wij met die periode van 5 jaar? Ik had ook begrepen dat er bij AMCRA een bijkomende werkgroep zou worden opgericht om na te gaan of wij de volledige overgangperiode moeten laten voorbijgaan dan wel of wij dit versneld gaan invoeren. Ik had graag een stand van zaken van u gekregen.

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle, het *Committee for Veterinary Medicinal Products* van de Europese Unie heeft een negatief advies uitgebracht inzake de globale batenrisicoverhouding voor dierengeneesmiddelen die zinkoxide bevatten voor orale toediening aan voedselproducerende dieren. Ons land heeft dan ook de beslissing van de Europese Commissie gesteund om het gebruik van zinkoxide als vergund voormengsel in gemedicineerde voeders uit te faseren.

Onze voorkeur ging uit naar een uitfaseringstermijn die dezelfde was voor de gehele Unie, zodat alle betrokken farmaceutische firma's, mengvoederfabrikanten en veehouders op gelijke voet behandeld zouden worden in alle lidstaten, wat mij *fair and square* lijkt, en ook het meest veilige. Zoals u weet, voorziet de beslissing van de Europese Commissie echter in een maximumtermijn van 5 jaar waarbinnen de individuele lidstaten de vergunningen voor orale geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik met zinkoxide moeten intrekken.

Wat betreft de uitfasering van zinkoxide als voormengsel, vindt er overleg plaats, niet alleen tussen mijn kabinet en het kabinet van minister Ducarme, maar ook met de betrokken administraties. Momenteel bespreken wij ook welke positie de omringende lidstaten zullen innemen. Wij trachten ons zoveel mogelijk, ook door bilaterale gesprekken tussen onze agentschappen, te aligneren. Door onderling overleg willen wij ernaar streven om de periodes van uitfasering zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen, wat volgens mij een goede zaak zou zijn.

De uitfasering zal zeker moeten gebeuren, gelet op het negatief advies, maar u weet ook dat het niet de bedoeling kan zijn dat het antibioticagebruik, dat daardoor flink verlaagd is, nu terug naar omhoog zou schieten. Daar moeten wij voorzichtig mee zijn. Daar staat tegenover dat wij natuurlijk ook niet willen dat alle biggen plots dood in hun stal liggen. Het gaat om de broodwinning van mensen, maar natuurlijk ook om voedselveiligheid en volksgezondheid.

06.03 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, dat lijkt mij een logisch antwoord. Ik zal dat verder opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sterke toename van het gebruik van de zware pijnstiller Oxycodon" (nr. 20125)

07 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la forte augmentation de la consommation du puissant antalgique Oxycodon" (n° 20125)

07.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Deze zomer verscheen in de media een bericht over de zware pijnstillers Oxycodon. De cijfers waren zeer verontrustend: in 2015 gebruikten 66.000 Belgen het geneesmiddel. Dat is een grote stijging ten opzichte van 2011, toen het om slechts 27.000 Belgen ging. Het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde heeft na een onderzoek de kat de bel aangeboden aangaande deze stijging.

Oxycodon blijkt een pijnstiller te zijn die niet onbesproken is. Zeker in de Verenigde Staten is er sprake van een ware epidemie aan verslaafden aan dit geneesmiddel. Een aantal overlijdens van beroemdheden zou te wijten zijn aan het gebruik van deze pijnstiller, zoals dat van de zanger Prince.

In elk geval zit het gebruik van zware pijnstillers ook in eigen land de jongste jaren jammer genoeg stevig in de lift. Op tien jaar tijd ging het aantal dosissen van 31 miljoen naar 65 miljoen. Dat is toch niet niks.

Het is duidelijk dat het gebruik van de pijnstiller ernstige gevolgen heeft. Onderzoekers van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde geven ophefmakende cijfers over het aantal overdosissen en de neveneffecten en waarschuwen voor het gebruik van dit geneesmiddel.

Mijn vragen aan u zijn de volgende.

Bent u op de hoogte van de stijging van de consumptie van dit geneesmiddel?

Welk standpunt neemt u hierover in?

Zal u maatregelen treffen om deze consumptiegraad te doen dalen? Zo ja, welke?

Zal u maatregelen nemen inzake het voorschrijfgedrag van artsen?

In welke timing voorziet u voor de maatregelen om het gebruik te doen dalen van deze en andere zware pijnstillers?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, er is een stijging van het gebruik van sterke pijnstillers. Ook mijn diensten volgen die evolutie nauwgezet op.

De situatie in de Verenigde Staten is gelukkig fundamenteel verschillend van de situatie in België. In de Verenigde Staten is de drempel om fase 3-pijnstillers te gebruiken, verlaagd tot onbestaand. Patiënten in de Verenigde Staten aanvaarden geen pijn na een ingreep of na welke procedure dan ook en dreigen dan ook vaak met juridische procedures tegen hun arts. Uit angst daarvoor wordt daar dan ook veel te weinig gebruikgemaakt van trap 1-pijnbestrijdingsmiddelen, zijnde de paracetamolpijnstillers en ontstekingsremmers, en zelfs van trap 2-middelen, zijnde zwakke opioïden, zoals tramadol, dat toch helemaal niet zwak is, en tilidine. In de Verenigde Staten worden dus sneller zware pijnstillers ingezet.

Die producten worden massaal gekocht. Er zijn ook bijna in elk huishouden ongebruikte verpakkingen van bijvoorbeeld Oxycodon terug te vinden.

Wetenschappelijk onderzoek heeft duidelijk aangetoond dat het gebruik van sterke pijnstillers, die in vele gevallen door familie of naasten worden aangereikt, ook de basis voor een latere verslaving vormen. Die situatie is gelukkig hier nog niet gerapporteerd.

Voor de sterke stijging zoeken wij verschillende verklaringen.

Ten eerste, de problematiek van chronische pijn is het voorbije decennium beter gekend geworden. Aangezien er meer aandacht bestaat voor pijnklachten, kunnen zij ook beter en intensiever worden behandeld.

Daarenboven merken wij een sterke toename van het aantal patiënten met chronische pijnklachten omwille van de veroudering van de bevolking maar ook door bijvoorbeeld het overleven van zware behandelingen, zoals chemotherapie, radiotherapie of zware chirurgie. Het gaat daarbij om mensen die soms chronische pijnklachten ontwikkelen.

Vroeger werden trap 3-pijnstillers ook enkel voor kankerpatiënten voorbehouden. Nu worden ze echter ook gebruikt voor patiënten met niet-oncologische pijnklachten. Denk bijvoorbeeld aan de chronische rugpijnklachten. Daardoor stijgt de duur van de gemiddelde behandeling met sterke opioïden aanzienlijk. De stijging in het gebruik kan ook deels worden verklaard door een tendens om sneller naar die derde trap te gaan en trap 1 en trap 2 minder doorgedreven te gebruiken. Die laatste twee elementen, met name een snellere overstap naar trap 3 en de langere duur van de behandeling, zijn elementen die niet alleen goed moeten worden opgevolgd, maar die ook een interventie bij de artsen vergen.

Artsen die eerst alle mogelijkheden van trap 1 en trap 2 hebben benut, vooraleer, in samenspraak met de patiënt, een eventuele opstap naar stap 3 te doen, moeten een dergelijke behandeling continu opvolgen, steeds de laagste dosis nastreven en ook weer afbouwen. Zij moeten het stoppen van de behandeling altijd aan bod laten komen. Een langdurige behandeling met sterke opioïden kan namelijk een toxisch syndroom induceren, de zogenaamde opioïdegeïnduceerde hyperalgesie, waarbij de patiënt net meer en meer pijn gaat vertonen tegenover de inname van opioïden en derhalve steeds hogere dosissen zal nemen en zo in een vicieuze cirkel terechtkomt.

Educatie is hierbij van essentieel belang. De opleiding rond pijnstillers dient te worden uitgebreid, zowel in de bachelor als in de master van de opleiding geneeskunde. Hierin dienen onder andere de volgende aspecten uitgebreid aan bod te komen: een correcte indicatiestelling voor een behandeling met opioïden, multimodale analgesie, dat wil zeggen verschillende behandelingen combineren om aldus een veel lagere dosering van medicatie te gebruiken, een maximaal gebruik van supportieve behandelingen, een betere aanpak van recent ontstane pijnklachten, zodat zij niet chronisch kunnen worden, en het herkennen van het ontstaan van een opioïdegeïnduceerde hyperalgesie. Men moet ook kijken hoe een behandeling met opioïden kan worden afgebouwd en stopgezet.

Een recent rapport van Kom op tegen Kanker bracht ook al duidelijk aan het licht dat de opleiding en kennis rond pijnstillers vaak onvoldoende zijn bij artsen. Er wordt een overleg op gang gebracht met de universiteiten en wetenschappelijke verenigingen om het gebruik van sterke opioïden naar een hoger niveau te tillen. De controlerende instanties van het RIZIV spelen hierin ook een belangrijke rol en hebben reeds initiatieven genomen om met alle betrokken partners rond de tafel te gaan zitten en een correct gebruik van sterke pijnstillers te eisen. Ook daar speelt de educatie van patiënten echter een belangrijke rol. Net zoals bij alle andere pijnstillers, bijvoorbeeld ontstekingsremmers, moet men de patiënt wijzen op de gevolgen van een langdurig gebruik van sterke opioïden. Men moet ook de afbouw en de noodzaak van afbouw en stopzetting regelmatig bespreken en patiënten aanmoedigen om ook niet-medicamenteuze manieren van pijnstilling te overwegen. Kortom, wij moeten werken met de beide partijen, de voorschrijvers en de patiënten.

07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik ben het ermeê eens dat dit op beide fronten moet gebeuren. Ik veronderstel dat u inzake opleiding, een bevoegdheid die u deelt met de deelstaatsministers, de nodige afspraken zult maken en uw bekommernissen aan hen zult doorspelen.

Wordt vervolgd.

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

08 Questions jointes

- de **M. André Frédéric** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction du parc des ambulances" (n° 20130)

- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20177)

08 Samengevoegde vragen van

- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vermindering van het aantal ziekenwagens" (nr. 20130)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 20177)

08.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la presse a relayé l'inquiétude des responsables des zones de secours francophones. En effet, vous souhaiteriez réduire de 25 % le parc des

ambulances, l'objectif étant évidemment de faire, à nouveau, des économies en concentrant l'offre dans les centres urbains les plus peuplés. Les responsables des zones de secours estiment que ce service à la population est en péril et constituerait même un certain danger pour la population spécifiquement dans les zones rurales, comme le Luxembourg ou certaines régions de la province de Liège.

Madame la ministre, envisagez-vous réellement une réduction de 25 % du parc d'ambulances? Pourriez-vous nous détailler les grandes lignes de votre projet s'il existe? Quelles économies comptez-vous réaliser dans ce cadre?

Les responsables des zones de secours estiment, à juste titre, que les déplacements des véhicules s'allongeraient, et donc que les citoyens devraient attendre plus longtemps mais également payer plus cher, sachant qu'un forfait, puis un prix au kilomètre, sont actuellement appliqués. Confirmez-vous ces conséquences dommageables pour la population? Si non, comment comptez-vous les éviter?

08.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, mon collègue vient de rappeler quelques éléments qui me semblent importants.

En mai 2017, votre ligne de conduite était clairement d'affirmer qu'il fallait une ambulance sur place endéans les quinze minutes dans 90 % des cas. Dès lors, vous comptiez, en collaboration avec le SPF Intérieur puisque cette matière relève des deux cabinets, programmer le nombre d'ambulances, le type, l'endroit. Vous aviez indiqué vouloir porter une attention particulière aux régions à plus faible densité de population, les régions rurales.

Tels étaient vos propos. Il y a toutefois ce que vous avez gardé sous silence. J'ai été interpellée, en août 2017, par les responsables des services de secours qui tirent la sonnette d'alarme car une diminution de 25 % du parc des ambulances est prévue. Or, avec une telle diminution, les déplacements seront plus longs. Forcément, les patients devront attendre plus longtemps. On se retrouvera alors dans une situation impossible avec un coût à charge du patient plus élevé et un service à la population diminué. Nous devons faire face à des enjeux en matière de santé publique relatifs à l'urgence.

La durée est fondamentale pour l'intervention d'urgence. Je souhaite donc vivement faire le point avec vous car les informations issues des services de secours m'inquiètent.

Madame la ministre, qu'en est-il? Comptez-vous effectivement diminuer le nombre d'ambulances de 25 %? Quelle est l'évolution du dossier sur le plan budgétaire, qui est le nerf de la guerre?

08.03 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, merci pour vos questions. Monsieur Frédéric, je crains que les responsables des zones de secours francophones aient été mal informés au sujet du plan des soins non planifiables. Le Conseil des ministres thématique des 13 et 14 mai y a attribué un budget supplémentaire, en particulier au niveau de la réforme de l'aide médicale urgente. Il ne s'agit pas d'économies; au contraire, cette réforme demande des investissements. Il s'agit de développer une architecture et des mécanismes destinés à concrétiser une utilisation plus ciblée et efficace des moyens accordés à la chaîne de l'aide médicale urgente.

Pour réaliser la première phase du plan relatif à l'aide médicale urgente, le gouvernement m'a octroyé un budget annuel de 35 millions d'euros. Cette première phase sera basée prioritairement sur cinq axes: fixer les tarifs de prestation de l'aide médicale urgente et rendre la facture lisible et transparente pour le patient; pérenniser le financement octroyé aux services ambulanciers; renforcer les dispatchings médicaux; renforcer le soutien stratégique au sein de l'aide médicale urgente; veiller à l'exécution des textes légaux. Il s'agira également d'intégrer les PIT dans le cadre législatif actuel.

Pour la première fois depuis la loi de 1964 sur l'aide médicale urgente, le seuil de service minimum sera défini. Le *service level agreement* (SLA) vise à ce que 90 % des interventions effectuées dans le cadre de l'aide médicale urgente le soient endéans les quinze minutes. Dans un souci d'efficacité et d'efficacités, des simulations ont été réalisées sur le nombre de départs requis afin d'atteindre ce seuil. Elles démontrent que le SLA pourrait être maintenu moyennant 350 départs, soit 17 % de moins que les départs actuels.

Une condition *sine qua non* afin d'atteindre cet objectif est que chaque permanence de départ ambulance soit effectuée sous toit. Si cette condition n'est pas remplie, le *service level agreement* (SLA) ne pourra être garanti et *de facto*, la réduction du nombre de départs sera exclue.

J'ai pu constater que la discussion sur la réduction du nombre d'ambulances a été engendrée par une interprétation hors contexte de ce plan de soins non planifiables. On voit bien sur les cartes élaborées qu'il existe des zones grises mais aussi des zones blanches situées plutôt au sud et au nord-ouest du pays. On y constate que le SLA ne se déroule pas dans les quinze minutes mais peut prendre jusqu'à quarante minutes. À mon avis, c'est une situation dangereuse et vécue depuis des dizaines d'années. Je pense qu'il est difficile d'expliquer aux patients qu'il faille attendre trois fois plus longtemps une PIT ou une ambulance selon l'endroit où l'on vit.

C'est un souci de qualité mais aussi d'efficience et d'efficacité. Il ressort des simulations que nous avons faites que 98 % des interventions pourraient être effectuées endéans les vingt minutes. Réduire le délai à 100 % semble utopique mais il faut que cela reste un objectif car il subsistera toujours des situations d'exception influençant cette statistique.

Le quatrième axe de mon plan revêt dès lors toute son importance car les interventions ne répondant pas à ce SLA devront faire l'objet de trajets d'amélioration. C'est la raison pour laquelle j'ai besoin de moyens financiers supplémentaires pour installer des PIT ou des ambulances dans des zones grises ou blanches. Mon plan est soumis pour validation à l'ensemble des acteurs de l'aide médicale urgente via le Conseil national de secours médicaux d'urgence.

Je pense donc que vous avez eu une information quelque peu erronée.

08.04 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère complet de votre réponse, qui apporte de l'eau à mon moulin. Même si la source était erronée, ma question n'était pas stupide.

08.05 Maggie De Block, ministre: Non, non, elle ne l'était pas.

08.06 André Frédéric (PS): Elle permet au moins de mettre les choses au point. Je partage votre préoccupation. Vous recevrez toujours notre soutien si votre objectif est bien d'améliorer les temps d'intervention en vue d'abrèger les délais autant que possible, en particulier dans les zones rurales. Cela devrait être le cas partout, mais il est certain que, dans certaines communes de mon arrondissement, il est déconseillé d'avoir un infarctus parce que le temps de prise en charge est excessif.

08.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vos propos se télescopent avec ceux des services de secours. Tout va dépendre de la manière avec laquelle vous réalisez l'architecture - je n'ai pas à disposition ces cartes, qu'il serait bien intéressant d'obtenir – et de ce que vous entendez par une utilisation plus ciblée de l'aide médicale urgente. En fonction des choix politiques réalisés, quand une telle architecture est modifiée, des effets potentiellement délétères peuvent se produire, en fonction de la manière avec laquelle les distances, les densités de population sont prises en compte.

Les responsables des services de secours disent que vous auriez la volonté, peut-être formulée en réunion, de concentrer l'offre dans les centres urbains les plus peuplés. Si nous procédons de cette manière, je peux très bien imaginer que nous observions en cascade une réelle difficulté par rapport aux régions à la densité de population moins importante – en particulier les régions rurales.

Il n'est pas anodin que des responsables des services de secours se prononcent à ce point, au mois d'août, deux mois après le Conseil des ministres des 13 et 14 mai. J'insiste donc auprès de vous sur la nécessité de retisser un dialogue avec ces responsables, que ces points puissent être clarifiés, que vous puissiez ensemble – au Nord, au Sud et à Bruxelles –, définir un projet qualitativement positif pour le patient et faisable du point de vue des services de secours.

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

09 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la responsabilisation des entreprises en ce qui concerne l'impact de leurs activités sur la santé" (n° 20140)

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de responsabilisering van de bedrijven inzake de gezondheidseffecten van hun activiteiten"

(nr. 20140)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je pose cette question à plusieurs ministres car au niveau des scènes européenne et internationale, on se dirige de plus en plus vers une imposition aux entreprises de ce qu'on appelle la diligence raisonnable, c'est-à-dire qu'elles doivent chaque fois mesurer l'impact de leurs activités sur les droits de l'homme, les clauses sociales, l'environnement.

De plus en plus, on intègre la santé dans ces obligations.

Les entreprises doivent donc évaluer l'impact de leurs activités, elles doivent prendre des mesures de prévention mais aussi des mesures de réparation en cas de problème. Si l'entreprise ne répond pas à ces obligations, il y aura une responsabilisation de cette entreprise.

J'interrogerai également le ministre Geens puisqu'il y a une réforme du Code des sociétés, et le ministre Peeters, puisqu'il y a un Plan national des entreprises dans lequel ce système n'est pas mentionné.

Dans l'affaire du fipronil, on se rend compte qu'il y a eu un usage imprévu d'une substance et que cela devrait faire partie de ces obligations de diligence raisonnable. Il faut veiller à ce qu'on n'utilise pas à mauvais escient des produits qu'on met sur le marché, mais cela n'a pas été le cas des entreprises qui fournissaient le fipronil.

Madame la ministre, dans le cadre des réformes en cours, comptez-vous mettre ce principe de diligence raisonnable sur la table des discussions du gouvernement pour qu'il soit pris en compte par chaque ministre, en fonction de ses compétences?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, il est vrai qu'il convient de rester vigilant quant à l'impact des produits disponibles sur les marchés belge ou européen en matière de santé publique ou d'environnement. Comme vous le savez, l'Union européenne dispose d'un large éventail de lois et réglementations devant y veiller. L'application de celles-ci est contrôlée et les éventuelles infractions sont sanctionnées. Il reste à savoir si l'application des principes de *due diligence* tels que vous l'envisagez est la réponse la plus adéquate à ces soucis.

N'oublions pas que la crise du fipronil a été causée suite à une utilisation frauduleuse de cette substance! Les services responsables en la matière ont détecté cette fraude à temps et les procédures pénales suivront dûment leur cours.

J'estime que cet épisode démontre que notre cadre réglementaire en Europe, mais aussi dans notre pays, est performant en matière de protection de la santé et de l'environnement.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Elle est malgré tout un peu courte car l'utilisation du fipronil dans des conditions qui n'étaient pas prévues était apparemment connue dans le secteur de l'élevage. Les acteurs auraient dès lors pu faire preuve de vigilance.

Par exemple, quand des personnes utilisent des substances du même ordre en tant qu'anti-poux pour leurs enfants, on est, là aussi, face à un usage erroné.

Ne faudrait-il pas responsabiliser de manière à faire preuve de diligence raisonnable? Cela ne forcerait-il pas les entreprises à s'interroger sur la façon dont leurs produits sont utilisés et sur ce qu'elles doivent mettre en place pour qu'on arrête de les utiliser à mauvais escient? C'est là l'objet de ma question. Peut-être faut-il utiliser d'autres moyens? Il me semble néanmoins que cela vaut la peine de se poser la question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la destruction des médicaments non utilisés et non périmés" (n° 20159)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pharmacies solidaires" (n° 20320)**

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van ongebruikte en niet vervallen geneesmiddelen" (nr. 20159)

- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "solidaire apotheken" (nr. 20320)

10.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, selon l'article 13, § 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009, "les médicaments à usage humain et vétérinaire périmés et non utilisés, qui sont remis par le patient et le responsable des animaux, sont remis au grossiste-répartiteur ou au fabricant en vue de leur destruction". Ainsi, il me revient que plus de 520 tonnes de médicaments ont été détruits en 2015 et qu'une partie importante de ceux-ci n'était pas périmée.

Pourtant, comme vous le savez, 15 % de notre population vit sous le seuil de pauvreté et un citoyen sur cinq reporte aujourd'hui encore des soins faute de moyens. Le coût des médicaments constitue ainsi un réel problème pour une partie encore trop importante de notre population. Et les mesures que vous avez prises en diminuant le remboursement de toute une série de médicaments n'ont évidemment fait qu'aggraver les choses. Il s'agit d'une situation que nous ne pouvons pas accepter.

Madame la ministre, n'estimez-vous pas que les médicaments remis en pharmacie par les patients alors qu'ils ne sont pas périmés pourraient être utiles aux personnes précarisées qui sont dans l'impossibilité de payer leurs médicaments actuellement? N'estimez-vous pas que ce gaspillage pourrait être évité et la législation adaptée afin de permettre à des médecins de redistribuer ces médicaments non utilisés et non périmés aux personnes dans le besoin?

La presse a récemment fait écho de la mise en place de "pharmacies solidaires" destinées aux patients en situation d'extrême pauvreté et qui, malgré les mécanismes existants, comme le statut BIM, n'ont pas les moyens de s'acheter les médicaments dont ils ont besoin pour se soigner. Quelle est votre position sur ces initiatives?

10.02 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, vous ne pouvez ignorer l'initiative qui a été prise de mettre en place une pharmacie solidaire par le Dr Bouillon à Ghlin. Elle prévoit la récolte de médicaments non périmés. Ils ont trié et répertorié de nombreux médicaments et en ont déjà redistribué à certaines personnes particulièrement précarisées, voire à des personnes qui n'ont pas accès au remboursement des mutuelles.

On détruit plus de 520 tonnes de médicaments et encore, ce chiffre ne reprend que les médicaments rapportés aux pharmacies. Il s'agit donc d'une question de fond, qui est double.

Que fait-on en matière de gaspillage de médicaments?

Par ailleurs, les initiatives comme celle du Dr Bouillon sont louables. Je ne pense pas qu'on puisse les balayer du revers de la main. Il est utile de s'interroger sur leur utilité et leur plus-value, au regard de la réalité de terrain.

10.03 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, madame Fonck, j'ai effectivement pris connaissance de l'initiative de pharmacie solidaire développée, il y a quelques semaines, dans la région montoise. Le médecin à l'origine de cette initiative m'a adressé un courrier à ce sujet et a déjà reçu une réponse.

Je dois rappeler que la délivrance de médicaments, même à titre gratuit, est une activité qui relève de l'exercice de l'art pharmaceutique en vertu de la réglementation relative à l'exercice des professions de soins de santé. Dans le cas présent, les médicaments sont délivrés par un médecin et non par un pharmacien. L'accomplissement habituel de cette activité revient donc à un exercice illégal de l'art pharmaceutique. En outre, notre législation nationale interdit l'exercice simultané des arts médical et pharmaceutique.

Au-delà du caractère infractionnel de cette initiative, ces infractions, il importe que tous les patients, y compris les plus démunis, reçoivent des médicaments de qualité irréprochable. Je rappelle que les acteurs du service de distribution de médicaments sont soumis à des exigences strictes d'analyse, de conservation, de transport, de traçabilité et d'enregistrement des données, de manière à garantir la qualité des médicaments tout au long de la chaîne.

Or, dans le cas présent, les médicaments récoltés et redistribués ont déjà été préalablement délivrés aux patients par les pharmaciens, dont ils ont quitté l'officine pour être conservés au domicile des patients. Les risques d'altération ne sont donc pas maîtrisés et personne ne peut garantir leur qualité.

Je rappelle que tous les patients, sans exception, ont le droit de recevoir des médicaments de qualité. En outre, la délivrance par le pharmacien garantit aussi que le patient reçoit les soins pharmaceutiques adéquats, dans le bon usage des médicaments en tenant compte des spécificités du patient.

Ensuite – et c'est le deuxième volet –, il faut réduire le gaspillage des médicaments. À cet égard, mes services travaillent depuis de nombreuses années, entre autres, à la promotion d'une prescription rationnelle des médicaments. Il importe de poursuivre ce travail de conscientisation et d'information du prescripteur.

D'autre part, il est possible de mieux exploiter les dispositions existantes pour réduire le coût des traitements médicamenteux. La prescription par les médecins mentionnant la durée de la thérapie – une semaine ou un jour –, en constitue un exemple. À partir de cette prescription, le pharmacien peut fractionner un médicament, c'est-à-dire diviser un grand conditionnement médicamenteux pour correspondre au mieux à la durée prescrite.

Une autre piste exploitable réside dans la délivrance des médicaments sous la forme de préparations de médication individuelle.

Enfin, il doit être rappelé que les médecins sont autorisés à recevoir les échantillons de médicaments des firmes pharmaceutiques et à les remettre au patient dans des situations d'urgence et de nécessité médicale, mais aussi de détresse sociale.

10.04 André Frédéric (PS): Madame la ministre, Mme Fonck et moi-même vous avons interrogée. Vous nous répondez. Tous les trois, nous avons un point commun, mais aussi une différence fondamentale. Nous sommes parlementaires élus; vous êtes deux médecins, mais pas moi! Peut-être ma vision vous paraîtra-t-elle naïve, mais elle correspond à l'état d'esprit du citoyen moyen que je suis dans le domaine de la santé. Comment puis-je expliquer à une personne ayant un souci majeur de santé et qui ne peut se payer des médicaments, qu'on en détruit 520 tonnes par an – sans compter ceux dont on ne sait rien?

Que vous invoquiez la nécessité de garantir une qualité médicamenteuse, c'est évident! Bien que je ne sois pas médecin, je sais bien qu'on ne doit pas aller remettre une bouteille de sérum à moitié remplie au premier quidam venu. Je parle de médicaments qui sont conservés dans des boîtes, qui n'ont parfois jamais servi et dont la date de péremption est loin d'être dépassée. En général, celui qui prend soin de remettre des médicaments au pharmacien – et ce n'est pas une majorité – les a gardés chez lui. Encore une fois, peut-être ma remarque souffre-t-elle de naïveté.

Je comprends la préoccupation de garantir, même aux plus démunis, la qualité maximale des médicaments, mais vous ne m'ôtez pas de la tête – et cela arrange bien les firmes pharmaceutiques – que des tonnes de médicaments pourraient être donnés à des gens se trouvant dans le besoin et dans une situation d'extrême urgence, qui ne parviennent pas à se soigner au motif qu'un médecin ne peut pas leur remettre ces produits.

J'aurai 60 ans l'année prochaine. Combien de fois m'a-t-on donné des échantillons de médicaments dans ma vie? Ai-je regardé s'ils étaient scellés et s'ils avaient été bien conservés? Ils venaient du tiroir du médecin, qui disait: "Essaye cela une semaine!". C'est déjà une pratique courante. Le bon sens du citoyen presque naïf que je suis en matière de santé ne peut pas accepter l'entière responsabilité de la réponse, même si je comprends techniquement ce que vous me dites. Si on m'interroge à ce sujet demain, j'ignore comment j'expliquerai cela aux gens. Nous sommes devant un abus. Ce n'est pas acceptable. Je ne politise pas le propos, mais vous savez comme moi que des gens doivent faire le choix entre un médicament et un autre. J'entends cela tous les jours. Des masses de médicaments convenables peuvent être utilisées, mais on dit non, parce que la loi le dit. La loi le dit, mais c'est ainsi que des réseaux clandestins se formeront, sur lesquels nous n'aurons plus aucun contrôle. C'est normal, on respecte la loi. Je suis un légaliste, mais je trouve que sur le fond, nous avons ici affaire à un vrai débat de société. Je ne dis pas que j'ai raison. J'essaie d'être la voix du peuple, c'est pour cette raison que je suis là. Je veux comprendre et aussi pouvoir expliquer.

10.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, on ne peut évidemment pas imaginer qu'une personne se trouvant dans des difficultés majeures puisse se voir refiler un médicament dont on ignore absolument s'il

est encore efficace ou pas. La qualité des médicaments doit concerner tout le monde et pas seulement ceux qui ont les moyens de se soigner. Cela étant, que répondez-vous? Qu'"aujourd'hui, c'est de l'exercice illégal de l'art pharmaceutique". Vous n'ouvrez même pas la porte sur une autre manière d'envisager la question. Vous parlez d'application pure et dure de la loi.

Cependant, la question ne consiste pas à me rappeler quelle est la loi aujourd'hui. Je la connais. L'enjeu est de se demander si on ouvre une porte pour l'avenir. J'ai envie de vous dire deux choses.

La première est que les médecins distribuent déjà des échantillons. La deuxième est que le docteur Bouillon travaille en collaboration avec un pharmacien, en tandem. Le pharmacien peut alors apporter tout son art, ce qui est le cas de le dire pour l'art pharmaceutique, sur le volet de la qualité, mais éventuellement aussi, au sujet de médicaments périmés ou devenant périmés afin d'assurer l'élimination de ceux-ci dans les règles de l'art.

L'idée de ce tandem médecin/pharmacien dans des situations bien ciblées pour des patients précarisés est intéressante, à ne pas balayer d'un revers de la main.

Madame la ministre, je ne peux par conséquent que vous inciter à réexaminer le dossier avec un regard différent. Il en vaut la peine. En tout cas, il mérite qu'on se pose un certain nombre de questions censées, tout en garantissant les aspects qualitatifs. Je pense que ce n'est pas incompatible. Si je suis votre raisonnement, lorsqu'un patient a des médicaments depuis des mois à la maison et qu'il les reprend lui-même, on ne peut plus garantir non plus la qualité.

Enfin, en ce qui concerne le gaspillage, la question de la responsabilité lors de la prescription et de la délivrance se pose. J'ai entendu vos propos à ce sujet. Pour ma part, je crois que, pour certains types de médicaments, comme les anti-infectieux, compte tenu des enjeux de santé publique eu égard à l'usage inadéquat de certains antibiotiques, il serait intéressant de se poser la question de la distribution qui colle à la durée du traitement. Le plus souvent, le conditionnement des boîtes n'est absolument pas adapté. Soit le traitement dure trop longtemps, soit c'est du gaspillage, soit les patients ne prennent qu'une boîte et ne vont pas en acheter une seconde, s'il ne leur reste qu'un jour ou deux de traitement à suivre. C'est problématique! *In fine*, c'est désastreux en termes de santé publique, en termes de gaspillage et ce n'est pas bon non plus pour le patient. J'estime donc que des mesures pourraient être prises rapidement pour les anti-infectieux. Elles ne feraient que déboucher sur un *win-win* global. J'imagine que nous y reviendrons lors d'un autre débat.

La **présidente**: Evidemment qu'il faut prendre des mesures qui visent le non-gaspillage et donc la surprescription de médicaments.

Parallèlement, comment en faire profiter ceux qui ont besoin de médicaments? J'imagine que les firmes sont obligées de conserver un certain temps les médicaments emballés et de s'assurer qu'ils ne soient pas abîmés par les différents modes de conservation. Il y a sans doute des réglementations à vérifier auprès des producteurs.

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

11 Questions jointes de

- M. Jean-Marc Nollet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution des pilules d'iode en Belgique" (n° 20172)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité d'iode en Belgique en cas d'accident nucléaire" (n° 20711)

11 Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Marc Nollet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van jodiumtabletten in België" (nr. 20172)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van jodium in België bij een kernongeval" (nr. 20711)

11.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, comme vous le savez j'ai déposé une proposition de résolution visant à assurer la disponibilité d'iode en Belgique en cas d'accident nucléaire, disposition qui a été adoptée.

Je ne rappellerai pas les enjeux que cela comporte, y compris ce qui peut se passer dans un pays voisin, voire plus lointain? Rappelez-vous le nombre de cancers de la thyroïde qui ont été décelés chez des enfants et des adolescents qui avaient été exposés au moment de Tchernobyl.

Madame la ministre, le vote est intervenu il y a maintenant sept mois. Où en est-on dans la mise en œuvre de cette mise à disponibilité d'iode pour l'ensemble des citoyens belges? Rappelez-vous l'étude du KCE et les cercles géographiques. En pratique, c'est tout le territoire qui doit être couvert et l'ensemble des citoyens. Il est donc temps de faire le point sur cette question.

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chère collègue, je tiens à souligner que le Plan national d'urgence nucléaire relève aussi de la compétence du ministre de l'Intérieur.

Ce Plan qui décrit l'organisation de la protection de la population et de la chaîne alimentaire en cas de crise nucléaire est en train d'être actualisé.

La stratégie pour la protection de la thyroïde contre l'iode radioactif qui pourrait être propagé en cas de crise fait notamment l'objet de discussions entre les services publics fédéraux de l'Intérieur et de la Santé publique.

Outre la mise à l'abri, la prise préventive de pilules d'iode peut également faire partie des recommandations à suivre. Dans le cadre de cette concertation, on examine si la mise à disposition de comprimés d'iode dans l'ensemble du pays est envisageable ou si on peut se limiter à une zone de 20 km autour des sites nucléaires et de 10 km pour la région de Fleurus, comme c'est le cas aujourd'hui, ce tout en mettant l'accent sur les groupes les plus vulnérables, à savoir, les enfants, les jeunes adultes, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent.

Dès que l'on disposera d'un plan efficace pour étendre la pré-distribution des comprimés d'iode, il sera exécuté en concertation avec mon collègue de la Sécurité et de l'Intérieur lors d'une future campagne d'information qui se tiendra probablement début 2018. En collaboration avec le ministre de l'Intérieur, une information spécifique est distribuée aux différentes parties prenantes dont les médecins généralistes, les pharmaciens et les collectivités en dehors des zones désignées.

Les travaux préparatoires sont actuellement en cours et les comprimés d'iode ont été commandés par mon collègue de la Sécurité et de l'Intérieur. La notice qui accompagne les comprimés a d'ailleurs été clarifiée.

11.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, nous voici sept mois plus tard. Ce sujet fait encore l'objet de discussions. Ce texte a été déposé depuis plusieurs années. On tourne en rond sans cesse et même plus, puisque vous nous dites deux choses. D'abord que cela "peut" faire partie des recommandations et, ensuite, que ce sera soit pour tout le territoire ou soit seulement dans le périmètre de 20 km autour des centrales nucléaires et 10 km autour de Fleurus.

11.04 Maggie De Block, ministre: Non! Ce sera pour tout le territoire. Actuellement, le périmètre est de 20 km.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Nous sommes donc d'accord pour dire que ce sera pour tout le territoire. Pourquoi nous dites-vous que cela peut faire partie des recommandations? Ma question est simple. Sortirons-nous de ce rond-point, oui ou non? Nous discutons de ce sujet depuis des années et j'ai déposé un texte; il y a sept mois qu'il a été difficilement voté. Ce fut compliqué.

Malheureusement, en cas d'accident nucléaire, il y a quantités de nuisances contre lesquelles nous ne savons pas nous protéger. Mais si une chose est certaine, c'est qu'un traitement à l'iode radioactif correctement administré bloque la captation par la thyroïde, ce qui permet d'éviter le cancer de la thyroïde. C'est de l'*evidence-based*.

Allons-nous enfin sortir de ce rond-point et nous diriger vers une concrétisation? C'est ma seule question. Je suis en train de réaliser que je vais revenir tous les trois mois pour vous demander où cela en est. Ce ping-pong entre vous et le ministre de l'Intérieur m'apparaît irresponsable.

11.06 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je dois vous dire que M. le ministre Jambon et moi-

même avons autre chose à faire que du ping-pong! C'est sûr, il n'y a pas de dispute entre nous. Ce sera pour tout le territoire parce qu'on a agrandi le périmètre.

11.07 Catherine Fonck (cdH): Quand?

11.08 Maggie De Block, ministre: Quand ce sera installé! Maintenant, on discute encore pour savoir comment on va faire la distribution. Avant c'était l'armée qui s'en chargeait. C'était assez chaotique, je pense. Les médicaments se trouvaient encore dans des bunkers; on ne sait plus où ni dans quelles conditions. Il faut modifier la méthode de distribution et de redistribution. On songe, comme je l'ai dit, à travailler avec les médecins, avec les pharmaciens mais aussi avec des collectivités comme des écoles, par exemple. En effet, qui sont les personnes fragiles? Ce sont aussi les enfants. Où sont-ils? Ils sont souvent à l'école. Il faut y penser. Il est logique d'avoir des médicaments à distribuer aux enfants à l'école au lieu que chaque parent aille en voiture à l'école quand il se passe quelque chose.

Je répète qu'il n'y a aucune dispute entre nous. Tout le territoire sera concerné car on a agrandi le périmètre. On n'est pas au Canada!

Als men alle kerncentrales die zich op ons grondgebied of in de ons omringende landen, binnen de perimeter, mee in beschouwing neemt, dan blijft er geen 5 km² in ons land meer over waar men zagezegd veilig zou kunnen zijn. Het is dan beter om het voor het hele land te doen. Wij zijn het daarover eens. Wij doen het ook alleen voor diegenen voor wie het helpt: kinderen, jonge mensen, zwangere vrouwen en de vrouwen die borstvoeding geven. Dat is *evidence based*. Men moet het niet aan 90-plussers geven. Dat is ook *evidence based*.

Ik weet dus niet waarover u zich nu zo opwindt, want dat is het antwoord dat ik al gegeven heb. U was hier toen ook. Ik heb hetzelfde antwoord een paar maand geleden aan Jean-Marc Nollet gegeven, toen wij verder gingen met het plan.

11.09 Catherine Fonck (cdH): Le sujet est simple, la problématique est simple et les réponses à y apporter sont simples. Oui, effectivement, il s'agit de travailler avec les acteurs, les médecins et les pharmaciens. Oui, effectivement, il faut déployer une approche ciblée et plus particulière sur les collectivités. Mais, cela fait des mois que nous le savons. Arrêtez de tourner en rond – je n'ai pas dit que vous vous disputiez, vous jouez la montre –, avancez et concrétisez ce projet. Il est épuisant d'observer ce nombre important de dossiers devant être concrétisés depuis des mois et qui ne le sont pas.

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

La **présidente**: Les questions jointes n° 20174 de M. Nollet et n° 20210 de M. Thiébaud sont reportées.

12 Questions jointes de

- **Mme Muriel Gerkens au ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale, sur "l'aide médicale urgente" (n° 20630)**
- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20631)**

12 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie over "de dringende medische hulp" (nr. 20630)**
- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulp" (nr. 20631)**

12.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai adressé ces questions tant à vous-même qu'au ministre de l'Intégration sociale. Comme les questions sont assez différentes et que les compétences sont partagées, je ne vous interrogerai que sur ce qui vous concerne au sujet de cette aide médicale urgente.

Le gouvernement a annoncé ses intentions de limiter l'accès à l'aide médicale urgente en précisant la notion de "caractère urgent", d'amplifier les contrôles et de sanctionner.

MediPrima est le système informatisé qui permet la gestion électronique des décisions de prise en charge

de l'aide médicale urgente par les CPAS. Outre les hôpitaux, ce système intègre désormais également les médecins généralistes. S'il accélère les remboursements de soins, cet outil devient un outil de contrôle des médecins qui abuseraient du caractère urgent et/ou des CPAS qui mèneraient mal leur enquête sociale. Il est dès lors étonnant d'apprendre que les contrôles seront encore renforcés. C'est en tout cas ce qui figurait dans la communication.

Avant les vacances, le ministre Borsus déclarait qu'il fallait redéfinir la notion de soins urgents. Son approche me semblait inadaptée car, dans cette nouvelle définition, n'étaient plus repris les soins dentaires, le suivi de grossesse, etc., qui sont pourtant des prestations de première ligne ou de prévention nécessaires pour éviter des infections ou de graves problèmes de santé.

Madame la ministre, comment allez-vous garantir le droit fondamental aux soins pour tous? Comment garantirez-vous les soins, au-delà des urgences au sens premier et court du terme, notamment pour les malades chroniques, pour les femmes enceintes, pour toutes les personnes en séjour illégal qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie-invalidité?

Que signifie pour vous "redéfinir le caractère urgent des soins de santé" pour ces personnes? L'objectif est-il de supprimer les soins de première ligne ou les soins de nature préventive?

Comment les personnes en situation de précarité pourront-elles consulter un dentiste, par exemple? Une récente étude française mettait déjà évidence que les problèmes dentaires étaient particulièrement importants chez les personnes en difficulté, dont celles qui ne sont pas couvertes par l'assurance maladie-invalidité?

Enfin, comment les médecins peuvent-ils évaluer la qualité des enquêtes sociales menées par les travailleurs des CPAS? En effet, il apparaît qu'une telle attente figure dans votre annonce.

12.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, comme j'ai été naguère secrétaire d'État à l'Intégration sociale, je sais que votre question ne m'est pas destinée. Elle concerne plutôt M. Ducarme, qui est momentanément en charge de cette matière.

Les prestations de soins en cas d'aide médicale urgente sont entièrement remboursées dans ce cadre, mais à condition que le rapport social du CPAS contienne une attestation du médecin prouvant le caractère urgent de l'aide médicale et qu'il ressorte du dossier que l'intéressé se trouve bien dans le besoin. C'est donc le médecin qui constate le caractère urgent de la situation et qui garantit l'accès aux prestations de soins.

Vous savez que la CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité), dans le cadre de MediPrima, contrôle ensuite, sur la base d'échantillons, s'il y avait bien une attestation d'aide médicale urgente et si le contenu est correct. L'exécution de ces contrôles figure dans le projet de loi modifiant les articles 2 et 9^{ter} de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les Centres publics d'aide sociale.

En cas de nécessité, le médecin ou le dentiste peut expliquer qu'il s'agit bien d'une aide médicale urgente. Cela ne pose donc pas de problème.

12.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ce qui m'a étonnée dans cette déclaration – je vise aussi le ministre Ducarme –, et cela rejoint quand même vos compétences, c'est qu'un médecin doit identifier l'urgence de la situation.

12.04 Maggie De Block, ministre: C'est pourquoi je vous réponds qu'il incombe au médecin de vérifier si l'aide urgente est requise. En ce cas, il doit la prodiguer. Je l'ai souvent expliqué en mon ancienne qualité de secrétaire d'État. Cela vaut aussi pour les dentistes. À présent, il nous est possible de vérifier et de prendre des échantillons en vue de réaliser des contrôles via la CAAMI.

12.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Dans ce cas, je pense qu'il faut s'empêcher, en tant que membre d'un gouvernement, de faire des déclarations selon lesquelles tel soin n'est pas considéré comme urgent.

12.06 Maggie De Block, ministre: Non. Ce n'est pas à nous de décider, mais au médecin.

12.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ce sont des communications émanant du gouvernement qui me font réagir. Je ne les ai pas inventées.

12.08 Maggie De Block, ministre: Ce serait fou! Non. Il revient au médecin de prendre cette décision, car cela dépend du patient, des circonstances, de la situation, de la manière dont il est logé ou du fait qu'il n'a pas de logement, etc. On ne peut pas établir de listes et opérer de copier-coller.

12.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je suis d'accord avec vous.

12.10 Maggie De Block, ministre: C'est vraiment au médecin de décider si telle situation est une situation d'aide médicale urgente.

12.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Nous sommes d'accord sur cette dimension-là. J'espère que M. Ducarme vous rejoindra également, et que cette communication était une erreur.

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

13 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des postes de garde de médecine générale" (n° 20178)

13 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de huisartsenwachtposten" (nr. 20178)

13.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'y reviens régulièrement et comme je sais qu'on aborde maintenant la dernière ligne droite dans la concertation avec le terrain, je me permets de faire un état des lieux dans la mesure où la question est fondamentale pour les médecins généralistes.

En ce qui concerne la réforme des postes de garde, en juillet dernier, vous aviez annoncé des décisions et des rounds de concertation avec une échéance fixée au mois de septembre. Comme des commentaires me sont revenus du terrain, sans rappeler tout ce que vous aviez annoncé, je vous adresse de nouvelles questions.

La *task force* attendait les réactions des partenaires de la concertation. Les a-t-elle reçues? De nouveaux échanges sont-ils intervenus avec les médecins généralistes à propos de votre note conceptuelle dans le but de la faire évoluer? Où en est la concertation avec les acteurs de terrain sur cette réforme? La note est-elle finalisée? Pouvons-nous avoir des clarifications sur son contenu? Pourrait-on même en disposer? Si elle est terminée, comment cette note est-elle accueillie par les acteurs du terrain? Si elle n'est pas encore accessible, quand le sera-t-elle?

En ce qui concerne le 1733, l'évaluation des projets-pilotes de Flandre orientale, du Hainaut, d'Arlon et de Louvain a-t-elle été finalisée? Dans l'affirmative, quelles en sont les conclusions? Sinon, quand cette évaluation sera-t-elle disponible? Pourriez-vous nous informer de l'état d'avancement de la mise en œuvre d'un terminal d'alerte permettant l'envoi sécurisé du compte rendu de l'interrogation du préposé de la centrale 1733 vers les postes médicaux de garde?

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, je peux vous confirmer que la *task force* a reçu des commentaires des différents partenaires. Elle s'est vue confrontée, dans les commentaires et les revendications des partenaires, à plusieurs éléments de divergence entre eux. La consolidation de ces éléments n'a donc pas été évidente et une nouvelle réunion avec les partenaires a eu lieu le 21 septembre afin de procéder à une relecture de la note conceptuelle.

Celle-ci reprend les grands axes que vous avez mentionnés: la couverture de l'entièreté du pays par des réseaux de postes de garde avec, en appui, le triage 1733.

Avec la *task force*, nous approfondirons la mise en œuvre concrète des plans de réforme au cours des prochains mois. En ce qui concerne l'étude scientifique menée à Leuven-Tienen concernant le triage 1733, l'équipe de l'étude a démontré des points d'amélioration, comme par exemple l'utilisation de mots-clés dans les protocoles de triage. En collaboration avec l'équipe scientifique, ces mots-clés sont en révision. Lors de leur opérationnalisation, un nouveau test scientifique devrait montrer une amélioration. Tout ceci a lieu en

sachant que le suivi des protocoles de triage fera l'objet d'un monitoring continu.

Enfin, j'en viens au terminal d'alerte. Le planning actuel prévoit que celui-ci devrait être disponible pour les postes de garde à partir du premier semestre 2018.

13.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'avais évoqué cet aspect de façon douce, mais j'étais au courant des divergences remontant du terrain.

13.04 Maggie De Block, ministre: Je précise qu'il s'agit de divergences entre eux également.

13.05 Catherine Fonck (cdH): Des réalités différentes existent. À titre personnel, j'ai toujours plaidé, dans ce dossier crucial pour l'avenir de la médecine générale - et je pèse chacun de mes mots -, pour une prise en compte de réalités différentes sur le terrain. Parfois, il y a des pénuries. Nous avons parfois aussi deux réalités, l'urbaine et la rurale.

Parfois, il y a une distribution des hôpitaux où on peut, ou pas, travailler en synergie avec les médecins généralistes. On peut avoir aussi des postes médicaux; d'autres ont eu des chauffeurs. La réalité est multiple!

Ce que j'entends, c'est que vous avez fait une nouvelle réunion le 21 septembre dernier pour une relecture. Tant mieux! Puis-je insister pour que ce travail de relecture soit un réel travail de concertation avec les acteurs de terrain. Ne vous enfermez pas dans un modèle unique! Ne vous enfermez pas dans une approche stricte, pure et dure des réseaux. Cela nierait les réalités multiples.

Si on veut en faire une réussite, il va falloir appliquer un minimum de souplesse pour être en adéquation avec la pratique.

Enfin, en ce qui concerne l'étude scientifique 1733, il reste certainement du travail. Mais, même si ce travail important doit être effectué, il me semble pourtant que l'essentiel est absent: trouver une issue positive pour tous les médecins généralistes, ce qui aura des impacts positifs sur tous les patients et sur la qualité de notre système de soins de santé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de soins de santé mentale" (n° 20186)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'incidence budgétaire de la reconnaissance des psychologues cliniciens" (n° 20190)

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide psychologique pour les jeunes" (n° 20567)

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg" (nr. 20186)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de budgettaire impact van de erkenning van de klinisch psychologen" (nr. 20190)

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychische hulp voor jongeren" (nr. 20567)

14.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, dans les discussions sur les budgets et les projets politiques 2018, vous annoncez 22,5 millions pour rembourser des prestations de psychologie clinique destinées aux personnes ayant des problèmes psychiques modérés, considérant que les problèmes légers sont pris en charge par les médecins généralistes, que les problèmes graves sont pris en charge par des intervenants spécialisés et que, par contre, les problèmes modérés ne sont pas pris en compte.

Vous prévoyez donc, en tout cas dans les communications qui sont faites, trois ou quatre séances par personne étant dans cette situation, via des psychologues cliniciens et sur prescription ou orientation par le médecin généraliste, à condition que cela soit inscrit dans le dossier médical global du patient.

Sur quelles bases scientifiques évaluez-vous ce budget à 22,5 millions?

Comment des problèmes modérés sont-ils définis? Votre proposition présuppose l'identification d'une méthode d'intervention prédéterminée. Sur quelles bases et avec quel libre choix pour le patient du psychologue clinicien par exemple? Quid s'il y a inadéquation entre la personne, son fonctionnement, ses choix et l'offre de soins proposée et remboursée?

Confirmez-vous que ces prestations envisagées ne sont pas considérées comme des prestations psychothérapeutiques? Comment les qualifiez-vous dès lors? Quels professionnels de la santé ont-ils les compétences jugées adéquates pour les réaliser?

Enfin, pour quelle raison exigez-vous une prescription du médecin généraliste alors que la loi reconnaît aux psychologues cliniciens, s'il n'y a qu'eux qui peuvent le faire, une autonomie d'intervention?

14.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijn vraag is van een totaal andere orde. Wij zijn allemaal vertrouwd met het principe van de parallelimport. Een geneesmiddel, gecommmercialiseerd in één lidstaat, kan tegelijkertijd worden ingevoerd vanuit een andere lidstaat. Zo kan een geneesmiddel met dezelfde benaming door meerdere firma's worden verdeeld.

La **présidente**: C'est la question suivante. Vous posez aussi une question sur l'aide psychologique aux jeunes.

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mijn vraag staat daar niet bij.

La **présidente**: Les liens entre les questions passent par le cabinet.

14.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw Muylle zegt mij dat mijn vraag deze ochtend werd toegevoegd.

14.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, wij hebben in ons land enerzijds een probleem van onderbehandeling door een tekort aan en niet-terugbetaling van psychologische begeleiding en anderzijds een probleem van overbehandeling door te veel medicatie.

U weet dat ik de erkenning van de klinisch psychologen toejuich. Ik steun ook het feit dat de samenwerking in multidisciplinair verband verloopt en ik ben voorstander van uw plannen om het te integreren in het GMD. Ik begrijp echter niet wat wij zullen doen met 22,5 miljoen euro per jaar. Dat lijkt mij veel te weinig om er iets mee te kunnen doen.

Ik maak even een kleine berekening. Als men 37 euro voor een consultatie neemt, min of meer analoog aan een huisarts, dan zou men met dit bedrag 608 000 consultaties kunnen financieren. Gerekend aan een gemiddelde van vijf consultaties per patiënt kan men amper 121 000 patiënten helpen. Nochtans komt men op basis van een onderzoek van de KULeuven, enkel uitgevoerd bij meerderjarigen, uit op 764 000 personen met milde tot ernstige mentale stoornissen, die dus ook onder het bedrag van 22,5 miljoen euro zouden vallen.

Er zijn ook twee zeer interessante documenten met berekeningen verschenen van de Socialistische Mutualiteiten en Zorgnet Icuuro. Zij komen allebei uit op een minimumbedrag van 281 miljoen euro per jaar, wat heel ver ligt van de 22,5 miljoen euro die u jaarlijks ter beschikking zou stellen.

Ik weet heel goed dat men geen appels met peren kan vergelijken en dat de ene onderzoeksgroep de andere niet is, maar er is toch wel een heel groot verschil in de minimumraming. Mijn eigen bescheiden berekening toont ook aan dat wij met het voorziene budget niet ver zullen springen.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende, mevrouw de minister.

Bent u het met mij eens dat het budget ontoereikend is? Is er een groeiscenario afgesproken binnen de regering? Zo ja, welk groeiscenario en op welke manier?

De Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen is het eens met de inschakeling in het GMD, maar maakt zich terecht zorgen over de digitalisering. Is er in een apart budget voorzien om dit te realiseren?

Ten slotte, worden zij betrokken bij de uitwerking verwijzing door de huisarts, zodat het absoluut over een evenwaardige multidisciplinaire samenwerking gaat?

14.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, de wachttijd voor een eerste intakegesprek voor jongeren met psychische problemen neemt nog steeds toe. Uw collega Vandeurzen heeft dat in de Vlaamse regering net nog mogen vaststellen. Een paar weken geleden kondigde hij aan 1 miljoen euro extra te investeren om psychische problemen bij jongeren sneller te detecteren en te behandelen. Ook aanvullende onlinehulpverlening wordt verder uitgewerkt.

Door de lange wachttijden, meer dan 45 dagen gemiddeld voor jongeren met ernstige psychische en psychiatrische problemen, zijn mensen verplicht om naar een zelfstandige psycholoog te gaan, waar ze vervolgens de volle pot moeten betalen. De maatregelen van uw collega zijn zeker een eerste stap, maar zullen nog niet voor morgen zijn. In afwachting betalen de mensen zich blauw.

Wat zijn exact uw plannen rond de terugbetaling van psychotherapie? Ik ben het met mijn collega eens dat die 22,5 miljoen euro veel te weinig lijkt. Ook ik heb de berekeningen van Icuuro en de Socialistische Mutualiteiten gezien. Dat gaat over een hele andere orde.

Wanneer mogen we maatregelen of een eerste stap verwachten? Wat zullen de exacte modaliteiten zijn?

14.07 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, depuis le début de cette législature, j'ai prêté une attention particulière aux soins de santé mentale. Ainsi, la loi du 10 juillet 2016 vise à donner une place aux psychologues et aux orthopédagogues cliniciens en tant que professionnels des soins de santé mentale.

L'agrément constitue une étape fondamentale pour la qualité générale des prestations de soins. C'est la raison pour laquelle le Conseil fédéral installé cet été formule déjà des avis qui mèneront à la fixation finale d'objectifs dans le cadre de l'obtention d'un agrément et d'un visa. Comme il a toujours été annoncé, le développement d'une loi requiert de nombreuses décisions administratives et politiques. Cependant, il ne fait aucun doute que c'est une parfaite opportunité pour élargir les soins de santé mentale de première ligne.

Als ik er de geachte collega's aan mag herinneren, in al die jaren dat de gezondheidszorg bestaat, zijn de gezondheidszorgberoepen van psycholoog en orthopedagoog nooit erkend als zijnde gezondheidszorgberoepen. Achtentwintig jaar socialistisch beleid, mevrouw Jiroflée, en men heeft steeds die mensen onder de ministers van Middenstand laten functioneren. Een echte schande mag ik dat wel noemen. Nu zijn zij eindelijk erkend. Voor het eerst is er nu een federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen geïnstalleerd. Dat is voor de eerste keer sedert het bestaan van onze federale gezondheidszorg. Ik ben die raad gaan installeren. Die mensen wisten niet wat hen overkwam. Zij hadden nooit verwacht dat het tijdens deze legislatuur zou gebeuren, vermits zij het al zoveel jaar gevraagd hadden.

Over het budget waarin ik heb laten voorzien is daarbij telkens gecommuniceerd dat het ten vroegste kan ingaan in oktober, november en december van 2018. U maakt al onmiddellijk extrapolaties voor een heel jaar, mevrouw Dedry, maar inderdaad, u bent Einstein niet, want Einstein kende het verschil tussen een trimester en een jaar. Het gaat over één trimester waarbij wij een eerste stap zetten om in de financiering te voorzien, want daartegen moeten natuurlijk de adviezen binnen zijn over hoe wij dat zullen invoeren, weliswaar gefragmenteerd, en waar de hoogste noden liggen die eerst moeten worden gelenigd.

Dit budget zal natuurlijk moeten worden verhoogd de volgende jaren. Ik heb nog nooit geweten dat bij het starten van een nieuwe tak in de gezondheidszorg, daar onmiddellijk 22,5 miljoen euro voor werd uitgetrokken. Dat is 900 miljoen Belgische frank, toch ook niet niks. Men doet hier alsof dit peanuts zijn, maar ik heb er moeten voor strijden om de regering hiervan te overtuigen. Uiteindelijk is in het regeerakkoord niet eens voorzien in financiering, maar slechts in het onderzoeken hiervan. Ik nodig u uit om het regeerakkoord te herlezen: men zou dit onderzoeken in de eerste legislatuur.

Wij hebben daarover samen onderhandeld, mevrouw Muylle, en u weet hoe gevoelig dit lag en hoe men besloot niets te zetten over hoe dit te financieren. Wij zijn nu iets verder dan halfweg de legislatuur en er is een eerste stap gezet inzake de financiering. Zou dit meer mogen zijn? Natuurlijk, voor mij zou dit het tienvoudige mogen bedragen. Hoe meer, hoe liever. Het zal allemaal goed worden besteed. Het is nu echter zo.

Op welke manier de financiering zal worden uitgerold, is binnen de regering al een eerste keer besproken. Dit is echter nog niet gefinaliseerd. De ene en de andere hebben ook andere modaliteiten die zij willen meegeven. Op dat vlak is er weliswaar geen discussie maar wel overleg.

Een aantal zaken is zeker. Wij weten wel dat wij de gemaakte fouten in het verleden aangaande de financiering van zorgberoepen niet mogen herhalen. Ik ben erg beducht voor budgetoverschrijdingen alsook voor het gebrek aan een multidisciplinaire samenwerking en afstemming, die nodig is. Wij organiseren zorg steeds meer via netwerken. Het is volgens mij dan ook zinloos dat wij een volledig nieuwe beroepsgroep buiten dat kader laten opereren.

Het zal dus nodig zijn om ook via de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg door te verwijzen en terug te verwijzen. Daartoe is het overleg lopende met de bevoegde ministers van de Gemeenschappen, zijnde minister Vandeurzen, minister Greoli, die terug is van weggeweest, minister Antoniadis en, zoals steeds, de vier bewuste ministers in Brussel.

Ter zake is nog veel overleg nodig. De Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidsberoepen werkt ook goed door. Ik heb tot mijn vreugde gemerkt dat collega-minister Vandeurzen voor de geestelijke gezondheidszorg ook meer geld heeft uitgetrokken. Ik mag u eraan herinneren dat ook ik al 28,5 miljoen euro structureel van een ander budget voor de geestelijke gezondheidszorg heb bijgepast.

Wij moeten voldoende overleg hebben, om de zaak correct te organiseren in samenspraak met de Gemeenschappen, niet met een apart circuit maar met iets wat echt in het netwerk past en aan de juiste noden tegemoetkomt. Het moet correct worden georganiseerd, teneinde met het beschikbare budget, dat natuurlijk nog zal moeten groeien, de maximumimpact voor de patiënt te bereiken.

14.08 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ten eerste was mijn vraag niet als kritiek bedoeld, het was een vraag om informatie, een duidelijke vraag om informatie.

Ik heb weinig zicht gekregen op de modaliteiten maar ik wil erin meegaan dat dit nog wat tijd vraagt.

Vervolgens, het doet er hier eigenlijk niet toe maar ik ben het beu om elke keer verweten te worden dat wij in al die jaren socialistisch beleid zoals u dat noemt niets hebben gedaan. U schijnt te vergeten dat u bij de meeste van die regeringen aanwezig was, dat u daar mee in zat en dat het uw partij was die zich meestal verzette tegen te sociale maatregelen. Ze zijn zelfs op die manier genoemd: "te sociale maatregelen". Ik wil dat maar even gezegd hebben.

14.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Om even in de geschiedenis terug te gaan, ik herinner mij van de enige keer toen wij een minister van Volksgezondheid met een groene kleur hadden dat wij toen ook al geprobeerd hebben om die psychologen...

14.10 Minister Maggie De Block: De minister had geen centen. De centen zaten bij minister Vandenbroucke. Koken kost geld.

La **présidente:** D'abord les répliques et ensuite, si vous le désirez, je vous redonnerai la parole, madame la ministre.

14.11 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dat is inderdaad de titel van de vraag, koken kost geld, inderdaad. In elk geval bedankt voor uw toelichting. Dat was in de communicatie niet duidelijk. Ik zeg niet dat het uw fout is maar de communicatie is in elk geval niet zo geweest dat men eruit kon afleiden dat dit voor 3 maanden was in 2018.

De enige vraag waar ik nog mee zit betreft een heikel punt. Alles wat te maken heeft met digitalisering gaat altijd heel moeizaam en traag. Het is ook gecompliceerd. Het kan uiteraard niet van dat budget. Ik veronderstel dat dit budget echt bedoeld is voor de consulten en voor de prestaties. Digitalisering en het kunnen delen van dossiers vormen in de zorgsector toch een groot probleem. Ik hoop dat daarmee rekening zal worden gehouden, om daarvoor in een budget te voorzien.

14.12 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je n'ai pas obtenu de réponse à de nombreuses questions. Il s'agissait de questions plus précises expliquant un chiffre.

14.13 **Maggie De Block**, ministre: (...)

14.14 **Muriel Gerken**s (Ecolo-Groen): Non, vous n'avez pas expliqué sur quoi ce montant se base. Vous dites qu'il ne vaut que pour un trimestre. Cela signifie qu'une évaluation a été faite d'un budget annuel et d'un budget trimestriel.

Quant à la définition des problèmes modérés, cette tâche reviendra peut-être au Conseil fédéral, dont vous avez parlé, qui va devoir définir de nombreuses choses. Il ressort néanmoins de la communication qu'il s'agira de problèmes modérés. Nous ne savons pas ce que cela signifie. Il s'agira de trois ou quatre séances avec des psychologues cliniciens, dans le cadre du dossier médical global. Il y a des précisions dans la communication. Vous n'avez pas amené d'éléments plus précis sur ce qui se trouve derrière les mots. De même sur la raison d'une exigence de prescription du médecin, alors que les psychologues cliniciens, selon la nouvelle loi, seront en principe autonomes.

Enfin, en ce qui concerne l'inscription du suivi dans le dossier médical global, j'ai néanmoins des interrogations par rapport au respect des patients et de leurs droits. En effet, beaucoup préfèrent que leur suivi pour des problèmes de santé mentale reste entre eux et le thérapeute qu'ils vont voir, et que cette information ne figure pas dans le dossier qui pourrait être utilisé par des prestataires de soins. Il y a quand même une question éthique qui, je pense, doit être discutée avec les patients.

14.15 **Maggie De Block**, ministre: J'ai expliqué comment nous avons obtenu le montant, qui n'était prévu nulle part dans l'accord de gouvernement. C'est un montant trimestriel et pas annuel.

14.16 **Muriel Gerken**s (Ecolo-Groen): Oui, mais pourquoi 22?

14.17 **Maggie De Block**, ministre: Madame Gerken, vous avez déjà vécu des discussions budgétaires. On n'obtient pas 100 millions sans raison. C'était 22,5. C'est ce que nous allons consacrer aux besoins les plus urgents et je m'en réjouis. Il avait été communiqué que cela ne serait pas possible. J'ai demandé l'avis de plusieurs instances avant le mois d'octobre et j'ai déjà prévu le budget pour le mois d'octobre.

14.18 **Muriel Gerken**s (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'aurais aimé vous entendre me répondre que l'on a estimé que cela concernait autant de personnes, autant de séances; ce qui explique que l'on arrive à tel montant.

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

15 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerken à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le marché parallèle d'importation de médicaments" (n° 20199)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'importation parallèle de médicaments" (n° 20524)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des médicaments génériques reconditionnés sous la forme de médicaments de marque" (n° 20262)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revente de médicaments génériques reconditionnés à un tarif supérieur" (n° 20655)

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerken aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20199)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20524)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "generische geneesmiddelen herverpakt tot merkgeneesmiddelen" (nr. 20262)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van herverpakte generische geneesmiddelen tegen een hogere prijs" (nr. 20655)

15.01 **Daniel Senesael** (PS): Madame la ministre, l'importation parallèle de médicaments consiste pour une entreprise à acheter des médicaments à l'étranger, les négocier au meilleur prix et à les reconditionner avant de les mettre sur le marché.

Bien que la pratique soit légale et autorisée par l'Agence fédérale des médicaments, plusieurs spécialistes du secteur pointent un manque de transparence dans le cadre de cette pratique.

Madame la ministre, quelle est votre position par rapport à cette pratique et singulièrement sur le fait qu'elle soit promue par l'Union européenne afin de faire diminuer le prix des médicaments, alors que dans les faits, ce n'est pas le cas et cela évidemment au détriment des patients?

Il apparaît que dans le cadre de l'importation parallèle, la version générique de certains médicaments soit reconditionnée avec un blister du médicament original. Est-ce bien légal? Ne considérez-vous pas que dans de tels cas, il y a tromperie vis-à-vis du patient? Le cas échéant, envisagez-vous de prendre des mesures afin d'encadrer davantage cette pratique?

15.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij zijn allemaal vertrouwd met het principe van de parallelimport. Een geneesmiddel gecommmercialiseerd in een lidstaat kan tegelijkertijd ingevoerd worden vanuit een andere lidstaat. Zo kan een geneesmiddel met dezelfde benaming door meerdere firma's verdeeld worden. Op zich is dat al een bedenkelijke praktijk, die buiten de winst voor de bedrijven in kwestie eigenlijk weinig meerwaarde heeft, maar de Europese regelgeving schijnt dit mogelijk te maken.

Een onderzoek van het Franstalige magazine *Médor* deed toch de wenkbrauwen fronsen. Zo blijkt dat er in ons land op grote schaal herverpakte generische geneesmiddelen als originele medicijnen worden verkocht. Via twee Belgische firma's, die in handen zijn van dezelfde groep, worden al minstens vijf jaar zulke herverpakte geneesmiddelen ingevoerd in ons land. PI Pharma en Impexeco kopen generische middelen bij een groothandel in een Europees land, waar de prijs lager is, en laten die herverpakken door Franse, Ierse, Belgische en hoofdzakelijk Roemeense bedrijven. Deze herverpakte medicijnen worden in 80 % van de gevallen even duur of zelfs duurder verkocht dan de originele merkproducten. Dit kost de sociale zekerheid naar schatting blijkbaar 10 tot 15 miljoen euro per jaar.

Blijkbaar gebeurt dit alles met toestemming van het FAGG. De FOD Economie bepaalt de prijs aan de hand van de ingediende dossiers van importerende bedrijven, maar daar loopt het mis omdat die bedrijven 20 % tot 25 % fictieve kosten in rekening brengen. De prijs voor de herverpakte geneesmiddelen blijkt, toevallig genoeg, meestal op de cent dezelfde als die voor de merkproducten. De patiënt betaalt dus een te hoge prijs en de Staat betaalt dus vaak meer terug dan voor de generische variant.

Dat tussen de inkoop en de verkoop van de geneesmiddelen de naam kon veranderen, is voor mij echt nieuwe informatie. Volgens het artikel zou dit voor medicijnen met een smalle therapeutische marge ook gezondheidsrisico's inhouden wanneer het gaat om medicijnen waarvan de maximale therapeutische concentratie zeer dicht bij het niveau aanleunt waarop het middel giftig wordt, bijvoorbeeld anti-epileptica of bloedverdunners. Ik wil het niet zover drijven dat dit misschien gevaarlijk is, maar stel mij toch vragen bij de financiële kant van deze zaak.

Ik heb mij laten vertellen dat dit perfect kan onder de Europese regelgeving. Wij hebben de heren ondertussen ook in het Nieuwsblad zien staan, heel fier op wat zij doen. Bij mij roepen die praktijken toch heel veel vragen op.

Mevrouw de minister, ik wou u vragen of u op de hoogte bent van deze praktijken, al kan dat bijna niet anders want wij zijn er allemaal van op de hoogte.

Is het volgens u wettelijk om elders ingekochte producten onder een andere naam op de markt te brengen? Naar verluidt is dat mogelijk, maar is dat dan geen inbreuk op het merkrecht of misleiding van de consument?

Handelen volgens u het FAGG en de FOD Economie correct door dit toe te laten?

Houdt dit gezondheidsrisico's in? Dat wordt immers ook gesuggereerd.

Hoe staat u tegenover de meerkosten die dit veroorzaakt voor de gezondheidszorg en de patiënt? Kunt u en wenst u ter zake maatregelen te nemen? Zo ja, welke?

De patiënten en de Staatskas mogen niet de dupe zijn van groot winstbejag in de farmaceutische sector, al heb ik sterk de indruk dat dit wel het geval is.

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de inhoud van mijn vraag is identiek aan deze van mijn collega's, en bijgevolg zal ik niet alles herhalen.

Ik haal dezelfde pijnpunten aan met dezelfde bedragen, want die hebben allemaal in de media gestaan. Een cijfer dat mijn collega's nog niet hebben vermeld, is dat er dit jaar al 347 aanvragen waren voor dergelijke parallelle import en dat die allemaal in behandeling zijn. Zoals mijn collega's al hebben gezegd, nemen die aanvragen toe, van 24 naar 178 en nu al 347. Het is dus blijkbaar een *booming business*.

Zoals de collega's hebben gezegd, zegt een adviseur bij de Algemene Directie Economische Reglementering van de FOD Economie dat de bedrijven op de een of andere manier gemakkelijk 20 tot 25 fictieve kosten aangeven en dat de FOD er blijkbaar niet in slaagt een duidelijk zicht te krijgen op de rekeningen van die bedrijven en machteloos staat.

Zoals al gezegd, de patiënt betaalt een te hoge prijs en de overheid betaalt dus vaak meer terug dan voor de generische variant. Wat ook al is gezegd, is dat er meestal geen gezondheidsrisico is, maar dat er voor geneesmiddelen met een smalle therapeutische marge wel een potentieel gevaar kan zijn.

Ik heb hierover de volgende vragen.

Wat vindt u van deze evolutie? Wat is uw standpunt ter zake?

In hoeverre worden patiënten echt goed geïnformeerd over de afkomst van hun medicijnen? Kunt u garanderen dat een patiënt weet waar zijn geneesmiddel vandaan komt?

Welke maatregelen zult u nemen met betrekking tot dit probleem, rekening houdend met wat door de FOD Economie hierover wordt aangehaald?

15.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je partage évidemment les questions de mes collègues. Mais ce qui m'interpelle dans l'enquête menée par le journal *Médor*, c'est que, outre le mécanisme autorisé au niveau européen concernant le reconditionnement des médicaments, n'importe quel nom pourra être donné aux médicaments reconditionnés. Autrement dit, on pourra donner au médicament reconditionné un autre nom que celui du médicament d'origine, mais on pourra aussi, au médicament générique transformé sur un marché parallèle, lui réattribuer le nom d'origine. Apparemment, rien n'interdit cette pratique, même si des jugements ont été rendus et si des affaires sont apparemment en cours.

Je me pose la question de savoir comment le patient peut être informé du trajet des médicaments concernés. De quelle manière peut-on garantir que les substances présentes dans ces médicaments correspondent bien à celles figurant dans les médicaments d'origine? Comment la traçabilité est-elle organisée pour de tels dispositifs? Comment la responsabilité du pharmacien est-elle engagée? Quelles sont les capacités de contrôle que l'on peut avoir?

15.05 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, chers collègues, sous réserve de recours judiciaire de droit privé que le titulaire de marque peut faire valoir, il n'y a aucun obstacle juridique pour cette pratique.

L'article 3, paragraphe 2 de l'arrêté royal du 19 avril 2001 relatif à l'importation parallèle de médicaments à usage humain et à la distribution parallèle de médicaments à usage humain et à usage vétérinaire fixe les conditions auxquelles un produit doit répondre pour obtenir une autorisation d'importation parallèle.

Premièrement, le médicament fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché dans l'État membre de provenance délivrée par les autorités compétentes de cet État. Deuxièmement, il existe un médicament de référence pour ce médicament. Troisièmement, sans être identique à tous égards au médicament de référence, le médicament a au moins la même composition qualitative et quantitative en substances actives. Il a au moins les mêmes indications thérapeutiques et est au moins équivalent au niveau thérapeutique. Quatrièmement, il a au moins la même forme pharmaceutique (galénique).

Le même arrêté royal définit un médicament de référence comme suit dans son article 1^{er}, paragraphe 3:

"Un médicament qui fait l'objet en Belgique d'une autorisation de mise sur le marché qui a été accordée conformément à l'article 6, paragraphe 1^{er} de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments et auquel le médicament à importer parallèlement est comparé pour l'application du présent arrêté." Il est donc possible qu'un médicament générique soit importé parallèlement à un médicament original comme médicament de référence ou inversement à condition qu'il réponde à toutes les conditions décrites dans l'article 3, paragraphe 2 ci-dessus.

Par son arrêt Kohlfarma GmbH 112/02 du 1^{er} avril 2004, la Cour de justice européenne a confirmé que si ces trois conditions sont remplies, un refus d'une autorisation d'importation parallèle par le simple fait que deux médicaments ne sont pas fabriqués par le même fabricant est contraire à la libre circulation des biens.

Il n'est donc pas nécessaire que le médicament importé parallèlement provienne du même fabricant que le produit de référence, à condition que les autres conditions d'importation parallèle soient respectées.

Het herverpakken van een origineel geneesmiddel van een in de lidstaat van herkomst in de handel zijnde generiek geneesmiddel is in principe toegelaten volgens de Europese rechtspraak ter zake, mits de primaire verpakking niet werd geopend.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen waakt erover dat de therapeutische werking van het ingevoerde geneesmiddel en het geneesmiddel onder wiens naam het wordt verkocht, dezelfde is. Bovendien is er ook altijd de controle dat de verplichte informatie hier in de drie officiële landstalen is vermeld op de verpakking en in de bijsluiter. Ten slotte brengt dit geen meerkost mee voor de patiënt, noch voor de overheid, want de prijs van parallel ingevoerde geneesmiddelen mag nooit hoger zijn dan deze voor de reeds in België terugbetaalde referentiegeneesmiddelen.

Ik ben zelf ook geen grote fan van parallele import. Ik ga ermee akkoord dat dit rare effecten kan hebben op de beschikbaarheid van de desbetreffende medicijnen. We trachten echter met het FAGG daar zo streng mogelijk op toe te zien. Er zijn onlangs aanpassingen gebeurd aan de wetgeving. Wij kunnen echter niet voorbij de Europese regelgeving. Er is ook nog jurisprudentiële rechtspraak waar we niet aan voorbij kunnen.

Ik ga ermee akkoord dat we hier zeer nauwlettend op moeten toekijken.

15.06 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse, en particulier les renseignements juridiques que vous nous livrez. Par contre, ainsi que vous le dites vous-même, la transparence n'est pas totale. Par ailleurs, si on ne respecte pas le prescrit juridique que vous avez rappelé, que se passe-t-il?

L'Union européenne répète que cette pratique est favorisée parce qu'elle permet de diminuer le prix du médicament. Vous répondez que le prix ne peut pas être supérieur. Encore heureux puisque l'Union européenne dit qu'il devrait être inférieur! Dans les faits, il ne l'est pas. On lèse le patient qui pense bénéficier d'un tarif attractif. Cette question appelle encore des réflexions et des actions à mener.

15.07 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik begrijp dat u niet direct kunt ingrijpen, maar het gegeven dat dit fenomeen bestaat, vind ik verbijsterend. Vooraleer ik dat las, kon ik eerlijk gezegd niet geloven dat dit mogelijk is in Europa.

U zegt dat er geen meerkosten zijn voor de overheid. Het gaat echter over generieke geneesmiddelen die terug tegen de prijs van originele geneesmiddelen worden verkocht. Dat lijkt mij dit wel een meerkost voor de overheid of vergis ik mij daar zo erg in? Inzake de kosten blijven we ook met niet-transparantie zitten van 20 tot 25 %, wat volgens mij eveneens risico's van meerkosten voor de overheid met zich meebrengt.

Als de Europese regelgeving dat als dusdanig bepaalt en als u daar momenteel dus niets aan kunt doen, dan vind ik wel dat dit op Europees niveau aangekaart moet worden.

15.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik ben het met mijn collega eens als ze zegt dat dit een bizar fenomeen is. Als het Europees recht, met alles wat er daaromtrent bestaat, ervoor zorgt dat dit kan, dan moeten wij dat eens fatsoenlijk onderzoeken en bekijken of wij daar met zijn allen iets aan moeten doen.

Het gaat over parallelle import. Diegenen die zo inventief zijn om hun bedrijven daarop te baseren, doen dat natuurlijk niet voor onze mooie ogen, maar wel omdat het hun *business* is waarmee zij een inkomen pogen te verdienen door de mazen in het net op te zoeken om er hun voordeel mee te doen. Het is in ieder geval geen filantropie.

Een medewerker van de FOD Economie zegt duidelijk dat er op dat niveau een probleem is van transparantie en geeft cijfers van 20 tot 25 % aan kosten, zoals mijn collega al opmerkte. Ik kan dat niet vatten, ik kan er de vinger niet op leggen. Volgens mij kan het niet anders dan dat dit meerkosten met zich meebrengt, als het al niet voor de patiënt is, dan wel zeker voor ons gezondheidssysteem.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Quant à moi, madame la ministre, je voudrais aussi insister dans ma réplique sur un point. Vous avez pris l'option de dire qu'il revient dorénavant au ministre de l'Économie de veiller à ce que le prix de ces médicaments-là ne soit pas supérieur au prix des génériques. C'est une mesure qui est prise, qui ne l'était manifestement pas jusque là.

Je reste convaincue que ce système manque de transparence en termes d'information aux patients. Comment les gens peuvent-ils comprendre le parcours des médicaments? Cela vaudrait la peine que les politiques, et donc les États, se mobilisent autour de la question du nom du médicament et de la propriété intellectuelle.

Des décisions judiciaires contradictoires sont prises. Selon un premier jugement, les dispositifs permettent de reprendre le nom du médicament original et de le vendre sur le marché parallèle, alors que selon un autre jugement, on ne peut pas faire cela parce qu'on porte atteinte à la manière dont la première firme peut assumer la responsabilité, la traçabilité de son médicament.

Il conviendra sans doute de préciser, modifier, corriger certaines choses et je vous invite à le faire également au niveau européen.

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

La **présidente**: La question n° 20250 de M. Senesael sera traitée en commission des Affaires sociales. Il en va de même pour la question n° 20259 de Mme Jiroflée.

16 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de Korsakoff" (n° 20223)

16 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het korsakovsyndroom" (nr. 20223)

16.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, j'ai récemment été interpellé par la directrice d'un institut situé à Estaimpuis qui se spécialise dans la prise en charge de patients atteints de troubles de la mémoire et singulièrement de patients atteints du syndrome de Korsakoff.

Comme vous le savez, le syndrome de Korsakoff fait référence à un ensemble de troubles neurologiques dont la cause est une carence en vitamine B1. Ce syndrome affecte essentiellement les alcooliques chroniques, qui présentent une forte carence en vitamine B1, mais peut également concerner des personnes souffrant d'une sévère malnutrition, d'un traumatisme crânien grave ou d'une tumeur cérébrale.

Suite au diagnostic, en plus du traitement qui consiste en la prise de vitamines B1, B2, B6 et B12 durant un an - traitement non remboursé -, les patients doivent suivre un parcours individualisé. Cela implique que, pour chaque patient, une prise en charge spécifique doit être imaginée par les personnes qui en assurent le suivi.

Madame la ministre, pouvez-vous nous préciser combien de personnes sont atteintes du syndrome de Korsakoff actuellement en Belgique? Qu'en est-il de la prise en charge de ces personnes? Comme je l'ai précisé, le suivi des patients nécessite une approche individualisée. Or, il apparaît qu'il manque cruellement de formations adaptées à la prise en charge de cette pathologie. Les médecins et le personnel médical sont-ils formés à la prise en charge de cette pathologie? Que comptez-vous faire pour améliorer la situation?

16.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, les données des hôpitaux ne permettent pas de

déterminer clairement le nombre de patients hospitalisés pour le syndrome de Korsakoff, mais permettent d'identifier les patients avec un diagnostic *amnesic disorder in conditions classified elsewhere and alcohol-induced persisting amnesic disorders*. Au niveau du diagnostic - primaire et secondaire confondus -, on obtient, pour les hospitalisations dans les lits non psychiatriques, 3 300 patients en 2010, 3 400 en 2011, 3 600 en 2012, 3 700 en 2013 et 3 600 en 2014. Le nombre augmente donc chaque année. Les hospitalisations dans les lits psychiatriques sont au nombre de 989 en 2010, ensuite 910, 860 et 825 en 2014, ce qui nous permet d'observer une stabilisation.

Les personnes atteintes du syndrome de Korsakoff, à l'instar des autres personnes atteintes de troubles neurologiques, doivent bénéficier des meilleurs soins possibles. Il s'agit effectivement de déterminer avec elles et leur famille, le trajet de soins le plus adapté.

Le rôle de l'hôpital consiste le plus souvent à sevrer le patient qui est toujours alcoolique, à introduire une alimentation équilibrée, et à prescrire un traitement ad hoc. Malheureusement, nous constatons dans la plupart des cas que les dommages dans le cerveau sont irréversibles. Stabiliser, c'est possible, mais améliorer, c'est difficile.

La suite du traitement varie d'un patient à l'autre et selon la durée de l'atteinte avant sa constatation. Dans ce cadre, le rôle des différentes fonctions de la réforme des soins de santé mentale est crucial puisqu'il va permettre d'élaborer un trajet de soins sur mesure pour le patient. La formation de base de médecin est très importante, afin de constater les signes d'abus d'alcool commençant à entraîner des séquelles au cerveau.

Cela n'est pas de ma compétence. Mais il est vrai que ce sont souvent des gens qui passent sous les radars et dont on constate qu'ils sont confus lorsqu'ils sont amenés à l'hôpital suite à une chute.

Vaak is er een onderliggend probleem van alcoholmisbruik dat dan al schade in de hersenen heeft gegeven.

16.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour les chiffres communiqués et pour l'ensemble de votre réponse à mes interrogations et à celles de la directrice de l'institution dont j'ai parlé.

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

17 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pénuries et le coût élevé de certains médicaments" (n° 20252)

17 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan en de hoge prijs van bepaalde geneesmiddelen" (nr. 20252)

17.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, j'ai déjà eu l'occasion, comme d'autres membres de mon groupe, de vous interroger concernant la pénurie de certains médicaments ou de vaccins. Il nous revient aujourd'hui des directions médicales des hôpitaux bruxellois de plus en plus de problèmes de disponibilité de certains médicaments, qu'ils soient courants ou spécifiques. Bruxelles n'est pas la seule concernée. Il semble que tous les hôpitaux belges connaissent les mêmes ruptures de stocks au même moment et ce, de par une politique souvent délibérée de la part du fournisseur au niveau national.

Ce sont aujourd'hui des antidouleurs, des antibiotiques, des anticancéreux ou des anesthésiques qui ont été introuvables sur le marché belge pendant des périodes souvent longues. Parmi les ruptures d'approvisionnement les plus importantes vécues ces derniers mois dans les hôpitaux bruxellois, nous trouvons:

- des médicaments anticancéreux comme le Zelboraf ou encore l'Alkeran, qui est utilisé en hématologie et pour lequel il n'y avait aucune alternative durant plusieurs semaines;
- des antiémétiques, comme le Litcan, utilisés dans le traitement des effets secondaires des chimiothérapies, le Primperan étant une alternative mais certains patients ne le supportent pas;
- des opioïdes comme le Dipidolor pour lequel une dérogation est nécessaire pour une importation à partir de l'Allemagne;
- des anesthésiques comme l'Ultiva, le Fentanyl, le Sufenta, le Tracrium entraînant des risques d'erreurs vu les modifications de dosage et de pratiques des anesthésistes.

Certaines de ces pénuries semblent - et c'est cela qui m'interpelle - ne concerner que notre pays mais pas les pays voisins.

Par ailleurs, il est interpellant de constater les différences de prix de certains médicaments par rapport à certains de nos voisins. Quelques exemples cités dans les médias nous amènent à nous interroger sur la politique menée à cet égard. En effet, la comparaison montre des tarifs de médicaments pour la prostate ou contre le cholestérol trois à quatre fois plus chers, certaines molécules antiacide ou neuroleptiques en moyenne treize à quatorze fois plus chères chez nous.

Madame la ministre, les tarifs et les conditions d'approvisionnement des pharmacies et des hôpitaux belges en matière de médicaments posent donc question par rapport à la politique que vous menez à cet égard. Ces ruptures de stocks auprès des firmes pharmaceutiques peuvent évidemment mettre la santé de certains patients en danger. Confirmez-vous ces problèmes récurrents de rupture de stock de médicaments sur notre territoire? Si oui, quelles mesures envisagez-vous pour endiguer ce problème?

Comment expliquez-vous ces pénuries en particulier dans notre pays alors qu'elles n'existent pas dans tous dans nos pays voisins? Quels leviers utilisez-vous pour pallier ces pénuries lors des négociations que vous menez auprès des firmes?

Ces pénuries engendrent, par ailleurs, dans certains cas, une augmentation des prix de la part des fournisseurs concurrents. Comment vous positionnez-vous face à ces hausses de prix? Certes, le coût de toute une série de médicaments a diminué, notamment à la suite de mesures déjà prises sous les précédentes législatures. Cela étant dit, comment expliquez-vous que les prix de nombreux médicaments restent bien plus élevés chez nous que dans nos pays voisins?

Il me semble évident que vous avez un rôle essentiel à jouer dans ce cadre, spécifiquement dans les négociations que vous menez avec l'industrie pharmaceutique. Comment expliquez-vous dès lors cette situation et ses conséquences pour les patients, spécifiquement pour les plus fragiles d'entre eux?

Test-Achats, Médecins du Monde, des mutualités et la Ligue des usagers des services de santé vous ont récemment remis une pétition signée par près de 43 000 personnes réclamant la fixation de prix raisonnables pour les médicaments innovateurs en Belgique, comme ceux pour le traitement de l'hépatite C ou du cancer du sein. Quelles réponses leur avez-vous apportées?

17.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) reçoit tous les mois une centaine de notifications d'indisponibilités temporaires des médicaments de la part des firmes pharmaceutiques. Toutes les catégories de médicaments peuvent être concernées. Dans la grande majorité des cas, ces indisponibilités ne posent pas de problème pour la santé publique.

Sachez que lorsqu'un médicament n'est temporairement plus disponible en Belgique et si ce médicament est indispensable pour la santé publique et qu'il n'existe aucune alternative thérapeutique disponible en Belgique, les pharmaciens ont la possibilité d'importer une alternative enregistrée dans un autre pays sur base d'une prescription médicale et d'une déclaration du médecin attestant que le patient ne peut être traité avec les médicaments disponibles sur le marché belge.

Une *task force* "indisponibilité des médicaments" a été mise en place par l'AFMPS et l'INAMI dans le but de rechercher des solutions aux problèmes d'indisponibilité des médicaments. Ce groupe est composé des représentants des différents acteurs concernés par cette problématique. Cela a notamment mené à la création, au 1^{er} janvier 2014, d'un point de notification unique pour la communication des données sur la disponibilité ou non des médicaments sur le marché belge.

Ce groupe de travail a élaboré un arbre décisionnel qui détermine les mesures à prendre dans le cas d'une indisponibilité afin de minimiser l'impact négatif de celle-ci pour le patient. Ainsi chaque notification d'indisponibilité est examinée pour savoir si elle est susceptible de poser un problème pour la santé publique. C'est le cas s'il s'agit d'un médicament considéré comme essentiel pour la santé publique sans alternative et dont la durée d'indisponibilité est suffisamment longue pour causer un problème pour la santé publique.

Dans ce cas, une des solutions peut par exemple être l'octroi d'une dérogation à une firme pharmaceutique, sur avis de la commission consultative, afin que la firme puisse temporairement importer des lots de médicaments autorisés et disponibles à l'étranger et les distribuer en Belgique afin de pallier l'indisponibilité

du médicament.

Le groupe de travail étudie aussi un projet de création d'une plate-forme de communication à partir de laquelle tous les acteurs concernés du secteur pourraient communiquer des notifications d'indisponibilité des médicaments. La réalisation de cette plate-forme est prévue pour mi-2018.

Le groupe de travail se réunit régulièrement pour rechercher d'autres initiatives dans le but de trouver des solutions aux problèmes de disponibilité des médicaments mais aussi pour prendre des mesures préventives afin d'éviter ces problèmes. Des adaptations de la législation sont notamment envisagées.

Les indisponibilités des médicaments en Belgique peuvent avoir plusieurs causes. Certaines sont dues à des problèmes de fabrication qui peuvent toucher un marché en particulier, par exemple un lot de médicaments rejeté pour des raisons de qualité, ou toucher plusieurs marchés si la fabrication du médicament doit être temporairement arrêtée sur le site de fabrication. Certaines indisponibilités temporaires peuvent être dues aussi au contingentement ou à la distribution intracommunautaire et à l'exportation des médicaments belges.

Ces pratiques ne sont pas illégales. Tant le contingentement que la distribution intracommunautaire et l'exportation retiennent toute l'attention de l'AFMPS et sont aussi étudiés au niveau européen.

Le groupe de travail dont j'ai déjà parlé réfléchit également aux solutions possibles dans le cadre de ces problématiques.

Durant cette législature, différentes mesures ont été prises pour diminuer les prix des médicaments. À l'arrivée, d'un médicament générique, la *patent cliff* est appliquée, ce qui représente une baisse de 54, 35 et/ou de 60 % en fonction de la catégorie de remboursement du médicament. Dans la législature précédente, il fallait six ans pour que le prix s'érode pour atteindre un niveau comparable. Il est souvent fait référence aux prix bas des médicaments dans les pays voisins, en particulier aux Pays-Bas. Mais cela conduit là-bas à des ruptures de stock encore plus fréquentes avec des interruptions de traitement de maladies chroniques.

En ce qui concerne les médicaments innovants, des outils permettent d'aligner les coûts à la valeur thérapeutique avec la garantie d'absence de dépassement budgétaire. Il est aussi possible de conclure une convention avec une firme à des coûts réels nettement inférieurs que le prix facial. Dans les cas où il existe un risque de dérapage budgétaire, le mécanisme garantit le respect de dépenses. Ces conventions sont conclues par un groupe de travail constitué principalement des représentants du comité de l'assurance de l'INAMI.

L'indisponibilité constitue donc un défi à relever, mais il faut savoir que dans nos pays voisins, les problèmes sont beaucoup plus fréquents. L'Agence a déjà beaucoup travaillé à ce problème.

17.03 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse complète. Vous reconnaissez que le problème existe et vous le quantifiez.

Par ailleurs, vous mettez en évidence les procédures très concrètes qui sont mises en œuvre. Cette chaîne de procédures qui est mise en œuvre me pose question. En effet, quand la pénurie est constatée, si la seule solution est d'importer, il faudra un certain temps avant que le médicament importé arrive et puisse être mis à disposition. Je pense dès lors que le problème n'est pas réglé et qu'il faut poursuivre la réflexion.

Vous dites que le coût étant moins élevé aux Pays-Bas, les carences y sont plus fréquentes. Il faudrait, selon moi, porter le débat du différentiel de coût au Conseil européen des ministres de la Santé. Est-il normal qu'un même médicament pour un même malade qui habite à vingt minutes de la frontière ait un tel différentiel de coût? Je pense qu'il serait utile de réfléchir dans ce sens.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 **Samengevoegde vragen van**

- **de heer Stefaan Vercamer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van de NMR-toestellen" (nr. 20278)**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van NMR-toestellen" (nr. 20659)

18 Questions jointes de

- M. Stefaan Vercamer à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des équipements d'imagerie par résonance magnétique (RMN)" (n° 20278)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 20659)

18.01 **Stefaan Vercamer** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u bent bevoegd voor de NMR-programmatie. Uw Vlaamse collega, de heer Vandeurzen, is bevoegd voor de toekenning van de licenties ervan.

De NMR-programmatie is echter beperkt. Tot op vandaag kan daardoor door de bevoegde Vlaamse minister nog altijd niet aan elk ziekenhuis een NMR-licentie worden toegekend. De Vlaamse regering is daardoor verplicht geweest selectiecriteria te hanteren, om de zeven voorziene NMR's toe te wijzen. Deze toewijzing werd nu door twee arresten van 29 juni 2017 van de Raad van State vernietigd.

Deze vernietiging was voor mij de aanleiding om mijn vraag te stellen alsook om te vragen of het niet tijd wordt om ons over de NMR-programmatie te beraden. Moet een en ander niet worden geëvalueerd? Mevrouw Muylle heeft er vroeger al op gewezen dat een evaluatie gepland was.

Iedereen is er dus al van overtuigd dat het in het huidige zorglandschap en ziekenhuislandschap meer dan noodzakelijk is dat elk ziekenhuis over een NMR-toestel beschikt. De huidige programmatie leidt ertoe dat een heel beperkt aantal ziekenhuizen er vandaag nog niet over kan beschikken. Dat in de programmatie zou worden opgenomen dat elk ziekenhuis over een dergelijk toestel zou kunnen beschikken, zou een belangrijke bijdrage zijn aan de versterking van de kwalitatieve basiszorg op maat van de patiënt. Ik moet u er niet van overtuigen dat zulks bovendien heel wat voordelen heeft, zoals minder stralingsbelasting, minder bijkomende onderzoeken, lagere kosten, geen extra verplaatsingen en geen extra wachttijden.

Het hele verhaal wordt bovendien doorkruist door het netwerkverhaal. Ziekenhuizen die over geen NMR-toestel beschikken, lopen het gevaar tijdens de onderhandelingen in een zwakke positie te belanden, omdat zij tijdens de onderhandelingen niet als een volwaardige partner worden beschouwd. Een en ander heeft tot gevolg dat de betrokken ziekenhuizen volledig ten onrechte worden ondergewaardeerd, wat dikwijls leidt tot onrust en onzekerheid bij het personeel en de artsen.

Mevrouw de minister, daarom houd ik een pleidooi, om op heel korte termijn in de programmatie op te nemen dat alle ziekenhuizen over een NMR-toestel zouden kunnen beschikken. U zou daardoor een belangrijke bijdrage leveren aan de basiszorg in het hele land.

Ik heb daaromtrent een aantal vragen.

Ten eerste, hoeveel ziekenhuizen beschikken vandaag over een NMR-toestel? Hoeveel toestellen hebben de ziekenhuizen die erover beschikken? Welke ziekenhuizen beschikken nog niet over een dergelijk toestel?

In hoeveel NMR-toestellen moet u in uw programmatie nog voorzien, opdat elk ziekenhuis over een NMR-toestel zou beschikken? Op welke termijn zou op basis van de huidige programmatie elk ziekenhuis over een NMR-toestel beschikken?

Bent u het ermee eens dat een NMR-toestel tot de basisuitrusting van elk ziekenhuis zou moeten behoren? Zo ja, bent u dan bereid naar aanleiding van de vernietigingsarresten van de Raad van State de programmatie te herzien, zodat elk ziekenhuis op zeer korte termijn over een NMR-toestel kan beschikken? Zo nee, waarom niet?

Hoe zullen de kleinere ziekenhuizen worden beschermd, om in het hele netwerkverhaal als volwaardige partner te worden beschouwd?

Hoe zal men erop toezien dat de afstemming van het medisch aanbod binnen het netwerk op de meest kwalitatieve en efficiënte manier gebeurt?

Indien niet elk ziekenhuis over een NMR-toestel mag beschikken, hoe denkt men de extra verplaatsing,

wachttijden, enzovoort op te lossen? Hoe zal dit de kwaliteit van de zorg in de weg staan?

Ik kijk uit naar uw antwoord, want dit is voor heel wat ziekenhuizen die niet over een NMR-toestel beschikken een zeer belangrijke aangelegenheid.

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vercamer, in Vlaanderen beschikken 45 van de 54 algemene of universitaire ziekenhuizen over minstens 1 NMR-toestel. Er zijn er echter ook die over meer dan 1 toestel beschikken, want het gaat om een totaal aantal van 65 toestellen in Vlaanderen.

Van de 9 ziekenhuizen die niet beschikken over een NMR, zijn er 4 die tot een associatie behoren met andere ziekenhuizen. Dat is het geval van het Heilig-Hartziekenhuis in Mol, in associatie met het Sint-Dimpnaziekenhuis in Geel, de Sint-Jozefkliniek in Bornem met het AZ Heilige Familie in Reet, de Sint-Jozefskliniek in Izegem, in associatie met het AZ Delta Roeselare-Menen en het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt, het AZ Sint-Rembert in Torhout in associatie met het AZ West in Veurne.

Er zijn 5 Vlaamse ziekenhuizen die over geen NMR beschikken en geen associatie hebben met een ziekenhuis. Het gaat om Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik, het Sint-Vincentiusziekenhuis in Deinze, het AZ in Oudenaarde, het AZ in Lokeren en — het zal u niet verbazen — het Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes Ziekenhuis in Waregem.

In Brussel beschikken alle ziekenhuizen over één of meerdere NMR-toestellen. Brussel telt 19 toestellen voor 12 algemene en 3 universitaire ziekenhuizen. In Wallonië beschikken 29 van de 37 algemene of universitaire ziekenhuizen over minstens één NMR-toestel. In Wallonië heeft men voor 37 ziekenhuizen een totaal aantal van 37 toestellen, maar het gaat dus niet om één toestel per ziekenhuis.

Ik heb ook de lijst van ziekenhuizen in associatie en 5 ziekenhuizen zonder NMR-toestel, namelijk Jolimont, Haute Senne te Soignies, Reine Astrid te Malmédy, Eupen en Herstal.

Ik kan u een overzicht geven met de vermelding van het aantal erkende toestellen op 12 september 2017.

Ik heb in eerdere antwoorden op parlementaire vragen al gezegd dat ik in mijn beleid de principes volg die zij vastgesteld in het protocolakkoord van 24 februari 2014. De eerste schijf van 12 bijkomende toestellen werd in de zomer van 2014 vrijgemaakt. Het heeft geduurd tot het voorjaar van 2016 alvorens deze toestellen werden gegund. De bevoegde ministers in de Gemeenschappen zijn voor deze toewijzing verantwoordelijk. Dat is ondertussen gebeurd.

Inmiddels is de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV bezig met een rapport dat onder meer een antwoord moet bieden op de vraag of de budgetneutraliteit, zoals bepaald in het protocolakkoord, werd gerespecteerd. Pas na deze evaluatie kan er eventueel werk worden gemaakt van een volgende uitbreiding van de programmatie.

De oorspronkelijke opleverdatum van dat rapport was inderdaad voor begin deze zomer, maar de dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle moet de beschikking krijgen over de gegevens van de ziekenfondsen. Niet alle gegevens werden tijdig afgeleverd of zij voldeden niet aan de gewenste kwaliteitsvereisten. Daar hebben zij vertraging opgelopen. De verwachte opleverdatum is nu oktober.

Ondertussen heb ik ook het BELMIP, het *Belgian Medical Imaging Platform*, om advies gevraagd betreffende de nodige volgende NMR-programmatie. In dat advies zal ook rekening gehouden moeten worden met het bovenvermelde rapport. In dat rapport brengt de Dienst geneeskundige evaluatie en controle op basis van een audit een evaluatie van data, onder andere de openingstijden, de wachttijden en de patiëntenstromen voor NMR, in kaart.

Teneinde een goede spreiding te verzekeren, gebeurt de berekening van de nood aan NMR-capaciteit per landsdeel op basis van demografische gegevens en niet op basis van individuele ziekenhuizen. Op basis van die gegevens is het zelfs mogelijk dat de toekenning van een tweede toestel aan bepaalde ziekenhuizen opportuener blijkt. Hoe dan ook is het toekennen van erkenningen aan ziekenhuizen de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Wat betreft uw vraag over de link tussen ziekenhuisnetwerking en programmatie van NMR-toestellen, die kan in het toekomstige ziekenhuislandschap alleen bekeken worden in het kader van de locoregionale

klinische netwerken, waarbij op het niveau van ieder netwerk voldoende NMR-capaciteit beschikbaar moet zijn.

Ik wijs u erop dat het budget van de medische beeldvorming jaar na jaar sterk stijgt en telkens de budgettaire ramingen overschrijdt. De radiologen zien zich vervolgens geconfronteerd met besparingsmaatregelen binnen het betrokken budget. Aanbodbeheersing blijft een krachtig instrument om het budget beheersbaar te houden. Dat was ook de reden waarom de radiologen het reeds geciteerde protocolakkoord in 2014 mee onderschreven hebben.

Het protocolakkoord voorziet verdere stappen in de uitbreiding van de programmatie, maar het gaat niet op dat die uitbreiding als gevolg heeft dat het totale aantal beeldvormingsonderzoeken blijft stijgen, zonder enige substitutie van stralingsbelastende CT-onderzoeken door NMR-onderzoeken. Oorspronkelijk was het plan nog 12 NMR's bij te installeren, waarop het aantal CT-onderzoeken naar beneden zou gaan. Wat hebben wij echter gezien? BELMIP heeft geconstateerd dat, nu er 12 bij geïnstalleerd zijn, het aantal CT-onderzoeken niet naar beneden gaat. Het blijft zelfs nog stijgen. Dat is een raar verhaal.

Het loslaten van de programmatie betekent voor de federale overheid het verlies van een krachtig stuurinstrument en is in de huidige budgettaire situatie niet te verantwoorden.

U informeert naar de impact van de vernietiging door de Raad van State van de planningsvergunningen voor 7 nieuwe NMR-toestellen in Vlaanderen. De beslissing van de Vlaamse Gemeenschap tot toewijzing van de NMR werd vernietigd om formele redenen. De toewijzing gebeurde op basis van bijkomende programmatiecriteria die door de bevoegde Vlaamse ministers werden genomen, terwijl ze, in toepassing van artikel 4 van het decreet van 23 mei 2003, door de Vlaamse regering hadden moeten worden genomen. Er is dus geen directe link tussen deze vernietiging en een verhoging van de programmatie.

Velen zijn het erover eens dat wij in de toekomst een nieuw model van zorgorganisatie nodig hebben. Op die manier kunnen wij een kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg behouden. Voor de ziekenhuissector houdt dit een klinische samenwerking via netwerken in. Op dat vlak zullen wij de ingezette middelen optimaliseren en rationaliseren, onder meer voor deze zware apparatuur.

Individuele ziekenhuizen werken in het kader van de netwerken samen overeenkomstig het complementair aanbieden van zorgopdrachten. Complementariteit houdt ook in dat niet elk ziekenhuis alles aanbiedt. Anderzijds behoudt elk ziekenhuis, ook de kleinere, zijn identiteit en beleid. Kleine ziekenhuizen kunnen hun positie versterken door zich te specialiseren in algemene, basisziekenhuiszorg en een lokaal toegankelijk algemeen ziekenhuisaanbod. De bevolking en de individuele patiënt blijven bij deze hervorming steeds centraal staan.

Een bijhorende *governance* moet waken over een kwalitatief medisch aanbod waarbij zorgcontinuïteit voor de patiënt een prioriteit is. Dit houdt onder meer in dat er op netwerkniveau een verwijzings- en terugwijzingsbeleid wordt uitgestippeld, dat door de ziekenhuisbeheerders van de individuele ziekenhuizen wordt geoperationaliseerd.

Tot slot verwacht ik veel van de implementatie van een systeem van beslissingsondersteuning van de voorschrijvers. Een deel van de problematiek waarmee wij worden geconfronteerd — bijvoorbeeld het feit dat de hoeveelheid ICT-scans niet daalt ondanks het feit dat er in Vlaanderen 12 extra NMR's zijn — is te wijten aan het ontbreken van een systeem van beslissingsondersteuning het meeste in aanmerking komt voor een pilootproject.

Beelden van scanners zijn geen vakantiekiekjes. U moet weten dat de stralingsbelasting van CT's veel hoger ligt. Te weinig onderzoeken zijn niet goed voor de gezondheid, maar te veel evenmin.

De conclusie van dit verhaal is dat er nog een nieuwe programmatie zal komen. Zoals in het protocol staat, zullen wij daar budgetneutraal mee moeten omgaan. Dat wil zeggen dat er maatregelen zullen moeten bijkomen. Men kan niet nog eens x aantal CT-scans in Vlaanderen, Wallonië en Brussel weer op het terrein mogelijk maken, zonder dat men een conversie van het aantal CT-onderzoeken naar NMR-onderzoeken krijgt, gewoon omdat men de zekerheid heeft dat die stralingbelasting voor de patiënten naar beneden gaat. Eigenlijk schrijft men te veel dubbele onderzoeken voor; dat is de reden. Men vraagt een scan, nog een scan, en dan een NMR. Dat is fout.

18.03 Stefaan Vercamer (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik volg uw redenering, maar ik meen dat men bij de nieuwe programmatie ook een criterium kan opleggen waardoor er sowieso een substitutie moet zijn. Men kan ook maatregelen treffen vanuit het RIZIV inzake terugbetaling. Men kan daarin regulerend optreden, daarvan ben ik overtuigd.

Mijn punt is dat in heel Vlaanderen 5 ziekenhuizen niet beschikken over dergelijk toestel, dat eigenlijk behoort tot de basisuitrusting van de ziekenhuizen. Als er nu een evaluatie komt in oktober, is mijn vraag om daarin mee te nemen dat dit een basisinstrument is en dat men eventueel regulerend optreedt om een verplichte substitutie op te leggen wanneer men dergelijk NMR-toestel krijgt. Ik pleit ervoor om in het advies voor de volgende programmatie minstens de 5 ziekenhuizen die daarover nog niet beschikken op te nemen, om in de NMR's te voorzien en ze te laten toewijzen door de Vlaamse regering.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 20260 de Mme Karin Jiroflée est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 17.41 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.41 uur.