

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 31 JANUARI 2018

Namiddag

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

du

MERCREDI 31 JANVIER 2018

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 13.22 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 13.22 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: La question n° 20322 de M. Philippe Blanchart est transformée en question écrite. La question nr. 20520 de Mme Carina Van Cauter est supprimée. Les questions n° 20748 et n° 20815 de M. Philippe Blanchart sont transformées en questions écrites. La question n° 21000 de Mme Véronique Caprasse est reportée.

**01** Questions jointes de

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les recommandations du CSS concernant la vaccination contre le papillomavirus humain" (n° 21007)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination contre le papillomavirus humain" (n° 21035)
- Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le vaccin contre le papillomavirus" (n° 23005)
- Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le vaccin contre le papillomavirus" (n° 23206)
- Mme An Capoen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage du VPH" (n° 23260)

**01** Samengevoegde vragen van

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanbevelingen van de HGR betreffende de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus" (nr. 21007)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus" (nr. 21035)
- mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vaccin tegen het papillomavirus" (nr. 23005)
- mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het vaccin tegen het papillomavirus" (nr. 23206)
- mevrouw An Capoen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HPV-screening" (nr. 23260)

Mme Galant, Mme Capoen et M. Senesael ne sont pas là et n'ont rien fait savoir.

**01.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, deze vraag dateert al van oktober, maar ik meen dat ze nog altijd actueel is. Ze gaat over nieuwe richtlijnen over het humaan papillomavirus en de vaccinatie daartegen. Die richtlijnen staan positief tegenover het aanwenden van Gardasil 9, een nieuw en effectiever vaccin. Het biedt een betere bescherming tegen baarmoederhalskanker, 90 % tegenover 70 % voor het vaccin dat nu wordt toegediend. Het verdubbelt bovendien de bescherming tegen de voorstadia van baarmoederhalskanker. De nieuwe vaccins bieden ook nog eens een zeer hoge bescherming tegen genitale wratten, terwijl het oude geen bescherming biedt.

Mijn verbazing was dan ook groot, en mijn verontwaardiging nog veel groter, toen ik las dat de scholen het oude en minder doeltreffende vaccin gratis blijven aanbieden, maar dat ouders die kiezen voor een nieuw en beter vaccin naar de dokter moeten, waar ze zelf voor de kosten van de vaccinatie en de consultatie moeten betalen. Dat ruikt wel heel erg naar klassengeneeskunde. Alleen wie het kan betalen, geniet dan van dat doeltreffender vaccin. Pas in het schooljaar 2017-2018 komt er een nieuwe openbare aanbesteding.

Ik ben er mij heel goed van bewust dat u daarvoor niet bevoegd bent, maar ik heb wel enkele vragen.

Bent u het mij eens, ook als arts, dat jonge mensen met het meest efficiënte vaccin behandeld moeten worden?

Momenteel kost Gardasil 9 dubbel zoveel als het oude Cervarix, maar worden die kosten niet gecompenseerd doordat minder vrouwen besmet raken en doordat minder vrouwen genitale wratten oplopen? Dat lijkt mij logisch. Bovendien zal de prijs wellicht nog dalen indien duizenden vaccins worden besteld. Het verschil zal dan veel kleiner zijn. Pleegt u overleg met uw collega Vandeurzen om te pleiten voor een snellere implementatie van het nieuwe vaccin?

Ondertussen zijn de kinderen dit schooljaar misschien al ingeënt. Ik heb er geen idee van, maar kunt u uw licht daarover laten schijnen?

**01.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, zoals u opmerkt, ben ik niet de bevoegde minister. Het voorkomen van baarmoederhalskanker en van andere kankers bij jongens en mannen is echter natuurlijk een bezorgdheid van Volksgezondheid.

Momenteel is het Kenniscentrum bezig met een onderzoek na het rapport van de Hoge Raad, dat over de effectiviteit van de vaccinatie ging, maar niet over de kosteneffectiviteit. Actueel buigt het Kenniscentrum zich over de economische aspecten ervan. Daardoor zou er meer informatie moeten zijn om rationele beslissingen te kunnen nemen.

Om de preventie van kankers die door het humaan papillomavirus zijn veroorzaakt, te optimaliseren, zou er ook een register over de vaccinaties moeten zijn. Dat register moet aan de *dépistage* en aan de registratie van de kankers kunnen worden gelinkt.

Een belangrijk deel van de investeringen in betere vaccinatie met een hoge dekkingsgraad kan zich terugbetalen via een minder intensieve screening en minder nood aan behandeling van HPV-gerelateerde kankers en precursoren van baarmoederhalskanker. Net daarom is het belangrijk een screeningsregister aan te leggen. Het heeft immers tot doel de effectiviteit van de vaccinatie te monitoren en de screening naar baarmoederhalskanker naargelang het vaccinatieverleden te differentiëren.

Gardasil 9 beschermt tegen twee HPV-types die genitale wratten veroorzaken, en tegen zeven kankerverwekkende HPV-types die geassocieerd worden met ongeveer 90 % van de baarmoederkankers die wij nu terugvinden.

De prijsvorming voor de georganiseerde vaccinatie door de Gemeenschappen zal een belangrijk element zijn bij het bepalen van de keuze van het vaccin. Indien een keuze wordt gemaakt, lijkt het mij evident dat wordt gekozen voor het vaccin dat de beste dekking en beste bescherming biedt.

De prijsevolutie van de HPV-vaccins zal, indien de doelgroep wordt vergroot, dus ook inclusief de jongens, worden beïnvloed. De balans van de kosteneffectiviteit kan door die evolutie worden beïnvloed.

Er is inderdaad overleg met de Gemeenschappen nodig inzake de vaccinatiepolitiek, niet alleen met minister Vandeurzen, maar ook met de andere. Dit overleg zal plaatsvinden op het niveau van de interkabinettenwerkgroep op basis van de resultaten van de studie van het Kenniscentrum "Potentiële voordelen van het vaccineren van jongens tegen het humaan papillomavirus", die in november 2017 werd aangevat.

Wat de aanbesteding van het vaccin betreft en de definiëring van het type van voorkeur, is de betrokken deelstaat inderdaad bevoegd. Er zal daarover overleg plaatsvinden. Wij koppelen daaraan dan ook nog het belang van het screeningsregister en het belang van het aanpassen van de frequentie van de screenings bij gevaccineerde mensen.

Als er een grondige bescherming is, moet men niet zo vaak screenen, maar men moet het wel blijven doen, want er kan er altijd eentje door de mazen van het net glippen. Over de frequentie van de screening of over het al dan niet aanvullen ervan met een cytologische test kan allemaal worden gepraat.

**01.03 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat u dit ter harte neemt.

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

**02 Questions jointes de**

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le L-Thyroxine, médicament contre l'hypothyroïdie" (n° 20976)**

- **Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Levothyrox" (n° 21092)**

**02 Samengevoegde vragen van**

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "L-Thyroxine, een geneesmiddel tegen hypothyreoïdie" (nr. 20976)**

- **mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Levothyrox" (nr. 21092)**

**02.01 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, une polémique est née en France à propos du Levothyrox et, en particulier, de son principe actif: le L-Thyroxine. En effet, ses effets secondaires se révèlent très sérieux: fatigue, perte d'équilibre, chutes graves, nausées, problèmes gastriques, insomnie, tremblements, palpitations et compressions cardiaques, etc.

Les experts reconnaissent qu'une minorité de patients ont la particularité de transformer les composantes dudit médicament. Je n'entrerai pas dans le détail scientifique de ce dossier. En tout cas, les spécialistes se demandent comment soigner les patients qui sont incommodés par un tel traitement. Selon eux, on pourrait leur proposer une petite quantité de T3. Or les médicaments qui en contiennent ont été retirés du marché belge, au motif qu'ils présentaient des risques de surdosage pouvant entraîner des complications cardiaques. Bref, cette affaire m'a l'air mal emmanchée.

Madame la ministre, les associations françaises de patients ont sollicité l'attention des médias et du gouvernement au sujet des effets secondaires de la nouvelle formule de Levothyrox. Qu'en est-il en Belgique?

Des études seraient nécessaires pour établir le nombre de patients concernés, ainsi que le type de médicaments à développer. Des investigations sont-elles menées dans notre pays à cette fin?

**02.02 Nawal Ben Hamou** (PS): Madame la ministre, j'ai récemment appris que le médicament Levothyrox, utilisé pour traiter les dérèglements de la thyroïde, faisait débat en France. En effet, la nouvelle formule de ce médicament entraînerait de nombreux effets secondaires indésirables tels que la fatigue, des maux de ventre ou encore des vertiges et une perte de cheveux.

Les effets secondaires étaient tellement lourds que les autorités françaises ont décidé d'ouvrir une enquête préliminaire pour "tromperie aggravée, atteintes involontaires à l'intégrité physique et mise en danger de la vie d'autrui". En marge de cette enquête, une perquisition a eu lieu le mardi 3 octobre 2017 au siège du laboratoire qui fabrique ce médicament.

Le gouvernement français a décidé de se saisir de ce dossier, qui est devenu un enjeu sanitaire majeur au plan national. Ce n'est pas encore le cas chez nous.

Madame la ministre, êtes-vous au courant de cette affaire? La nouvelle formule dudit médicament circule-t-elle chez nous? Pouvez-vous estimer le nombre de personnes qui prennent ce médicament en Belgique? Depuis la mise sur le marché de la nouvelle formule, avez-vous déjà recensé des plaintes pour effets secondaires? Comptez-vous aussi vous saisir de ce dossier, à l'instar des autorités françaises?

**02.03 Maggie De Block**, ministre: Madame Gerkens, madame Ben Hamou, il existe deux médicaments

autorisés et commercialisés en Belgique à base de Levothyroxine T4, à savoir L-Thyroxine de la firme Takeda et Euthyrox de la firme Merck.

La Levothyroxine est une molécule dont la marge thérapeutique est étroite. Cela signifie que le passage à une nouvelle formule doit se faire sous surveillance médicale car un déséquilibre en hormones thyroïdiennes peut entraîner des symptômes plus ou moins importants sur l'organisme. C'est ainsi qu'il peut influencer le rythme cardiaque, l'énergie, le poids, le sommeil, la digestion. Une adaptation de la posologie du médicament peut être nécessaire en fonction de l'état clinique et des niveaux d'hormones thyroïdiennes du patient.

Une nouvelle formule du médicament L-Thyroxine a été mise sur le marché en Belgique, le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Afin d'anticiper les problèmes pouvant résulter de cette modification, un courrier a été approuvé, à l'époque, par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) et a été envoyé dès 2014 à tous les médecins et pharmaciens pour les informer qu'une nouvelle formule du médicament allait être mise sur le marché. Cela se passait dans les mois qui ont précédé la mise en vente de ce nouveau médicament sur le marché belge. Un communiqué a également été publié à ce sujet sur la page d'accueil du site de l'AFMPS.

Par ailleurs, des cartes d'avertissement ont été distribuées par les pharmaciens aux patients pour informer ces derniers du changement de formule et de la nécessité de contacter leur médecin. Les lettres à destination des médecins et des pharmaciens ainsi que la carte pour les patients sont toujours consultables sur le site de l'AFMPS.

Pour ce qui concerne le nombre de personnes qui prennent ce médicament, je dispose d'un tableau que je vais vous faire parvenir. Le nombre de patients est en augmentation, compte tenu du vieillissement de la population. En 2012, on comptait environ 517 000 patients; en 2016, on en comptait 601 000.

En France, cela a fait l'objet de tout un débat. De nombreux sites web existent, on en parle. Dans notre pays, nous avons été proactifs. Toutes les personnes ont été averties qu'il convenait de rester sous contrôle, de faire des prises de sang et d'examiner les résultats après le changement de médicament.

C'est tout ce que je peux dire. C'était début 2015, ce qui signifie que ce médicament est pris par les personnes depuis trois ans.

**02.04 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Et dans le relevé des choses qui ne se passent pas bien avec le médicament?

**02.05 Maggie De Block**, ministre: Nous avons quand même été très proactifs. Tant les personnes que les pharmaciens et les médecins ont été avertis qu'il convenait de bien suivre les patients qui étaient sous traitement par cette molécule. Je ne sais pas comment les choses se sont déroulées en France.

**02.06 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Merci pour votre réponse, madame la ministre. Tant mieux si cela se passe bien en Belgique. Peut-être cette réponse permettra-t-elle de rassurer, ou d'éveiller l'attention.

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

La **présidente**: M. André Frédéric n'a rien dit. S'il n'arrive pas avant 15 h, sa question n° 21009 sera supprimée. M. Daniel Senesael a demandé le report de sa question n° 21094. La question n° 21132 de Mme Nathalie Muyle est transformée en question écrite. Les questions jointes n°s 21140 et 23187 de MM. Raf Terwingen et Philippe Blanchart sont reportées. La question n° 21149 de M. Raf Terwingen est également reportée.

**03 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijsverhoging van CareConnect" (nr. 21190)**

**03 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'augmentation de prix de CareConnect" (n° 21190)**

**03.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, ik wil even opmerken dat ik voor het reces heb gevraagd om de vraag om te zetten in een schriftelijke vraag. Ik zal ze natuurlijk wel even kort stellen, maar blijkbaar is mijn boodschap ergens verloren gegaan.

Mevrouw de minister, het meest gebruikte EMD-pakket voor elektronische patiëntendossiers is CareConnect. Corilus, de leverancier, heeft de jaarprijs voor dat pakket verhoogd tot 1 702 euro, een verhoging met 37 %. De gebruikers wijzen erop dat Corilus de huisartsen zo al laat bijbetalen voor bepaalde services, voor onder andere mobiel gebruik, medicatiebewaking en geavanceerde tarificatie. Artsen die al hun patiëntendossiers in één pakket hebben ingebracht, stappen natuurlijk niet zomaar over naar een andere firma en zij voelen zich dan ook een beetje gegijzeld.

Mevrouw de minister, in eerste instantie zijn de artsen de dupe van die prijsstijging, maar ik vrees dat de hogere praktijkkosten zullen worden gecompenseerd via de patiënten. Ik had graag vernomen wat uw visie daaromtrent is.

**03.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, inderdaad, de softwareproviders hebben hun prijzen verhoogd, vermoedelijk ook vanwege de alsmaar meer gesofisticeerde ICT-functies die zij moeten aanbieden om aan de verplichtingen van de eHealthintegratie te kunnen voldoen. De klanten van de softwareproviders, dus de huisartsen, kunnen al sedert 2016 een zogenaamde telematicapremie ontvangen, die kan oplopen tot meer dan 5 000 euro, indien alle opgelegde en gewenste functionaliteiten door de huisarts volgens de opgestelde telematicapremiecriteria worden gerealiseerd. Een deel van die premie zal dus ook aan de software besteed moeten worden.

De overheid heeft ervoor gekozen om de softwareleveranciers niet rechtstreeks te vergoeden, maar wel om een en ander te laten verlopen via de artsen, omdat zij nu eenmaal het softwarepakket moeten kiezen. Daarmee bepalen de klanten welke prijs zij voor welke kwaliteit willen uitgeven aan welke softwareleverancier. Het spreekt vanzelf dat het jaartarief niet jaarlijks verhoogd kan worden. Ook dit jaar zal er een telematicapremie aan de artsen uitgereikt worden, althans aan de artsen die voldoen aan de vastgestelde criteria inzake het gebruik van de bedoelde softwarepakketten.

De telematicapremie voor artsen werd ingevoerd onder minister Vandenbroucke. Toen was die bedoeld om een computer of software aan te kopen. Op dat moment waren nog maar weinig huisartsen geïnformatiseerd en men wou hun een incentive geven om met de computer te werken. Ook al lijkt dat voorhistorisch, het is pas achttien jaar geleden. Nu moet men niet alleen over een computer beschikken, men moet er ook mee werken. Ik denk onder meer aan het opladen van SUMEHR's.

Ik wil er toch op wijzen dat het nog altijd een vrij grote premie betreft van zowat 5 000 euro. Niet alle zorgverstrekkers genieten in dezelfde mate van zo'n premie. Die premie staat trouwens ook op het verlanglijstje van heel wat andere zorgverstrekkers.

U nam het woord "dupe" in de mond, maar ik zou dat toch wel willen relativeren. De artsen waren de eersten en lang de enigen die een ondersteuning kregen voor hun informatica. Ik vind dat belangrijk. Ik sta daar nog altijd achter. De invoering van die premie was een goede zaak. De overheid kan die bedragen echter niet jaarlijks blijven optrekken. Het punt wordt telkens in het medicomutakkoord opgenomen, maar soms worden er andere keuzes gemaakt.

Vroeger werden dossiers geklasseerd. Ik neem aan dat niet elke arts dat zelf deed. Dat was tijdsintensief en duur als men het moest laten doen. Ik ben voorstander van de handhaving van die premie, maar ik ben niet voor het oneindig verhogen van het bedrag, omdat dat ten koste gaat van andere maatregelen.

**03.03** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik kan het eens zijn met uw laatste woorden. Ik meen dat de premie inderdaad niet tot in het oneindige kan worden verhoogd.

Wanneer ik het had over "de dupe", ben ik eigenlijk vooral bezorgd over de patiënt. Ik ben er ten eerste om bezorgd dat artsen de kosten zullen doorrekenen aan de patiënt. Dat is ook de reden waarom ik de vraag stel.

U hebt voor honderd procent gelijk: een premie van 5 000 euro is niet mis. Ik ben het principieel dan ook met u eens. Dat neemt evenwel mijn angst niet weg dat de rekening zal worden doorgeschoven naar de patiënt.

We volgen het dossier van nabij.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**04** Questions jointes de

- M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les consultations par vidéoconférence" (n° 21306)

- M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les téléconsultations en médecine" (n° 23170)

**04** Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "doktersconsultaties via videoconferentie" (nr. 21306)

- de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "teleconsultatie in de geneeskunde" (nr. 23170)

**04.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, c'est une question qui date du 9 octobre 2017. Il y a quelques mois étaient mis en ligne l'application et le site internet Vividoctor. Le principe est simple: après avoir rempli un formulaire en ligne, le patient se voit proposer une liste de médecins disponibles, qu'ils soient généralistes, psychiatres, pédiatres, nutritionnistes, etc. Si aucun n'est disponible dans l'immédiat, une prise de rendez-vous est possible.

La consultation se déroule ensuite via vidéoconférence. Il n'y a donc aucun contact physique entre le patient et son médecin. Une fois la consultation terminée, le soignant peut délivrer ses prescriptions. En l'état actuel, celles-ci sont envoyées par la poste mais, à terme, il est prévu qu'elles puissent être envoyées directement sur la carte d'identité électronique.

À l'époque du dépôt de ma question, environ 90 patients avaient recours chaque semaine à ce service; j'imagine qu'à présent, c'est plus. Plusieurs hôpitaux se sont également montrés intéressés par cette technologie. Pourtant, l'Ordre des médecins s'oppose vivement à cette pratique. Pour lui, il est en effet dangereux de poser un diagnostic sans contact physique avec le patient.

Madame la ministre, quelle est votre position sur ce sujet? Avez-vous été informée en amont de ce projet? Quel avenir voyez-vous le concernant?

**04.02** **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Flahaux, en ce qui concerne l'opportunité de pratiques telles que Vividoctor, sachez que les applications mobiles ont des champs d'application très divers, dont la téléconsultation. Cette application qui semble simple à première vue peut être utilisée à différentes fins. Le suivi par téléconsultation dans le cadre d'une rééducation fonctionnelle n'est pas du tout comparable à un entretien entre un prestataire et un patient au sujet d'une plainte. De plus, tout dépend si le patient entretient déjà une étroite relation thérapeutique avec son prestataire de soins ou non. C'est ce genre de détail qu'il faudra mieux répertorier avant de soutenir également une utilisation générale.

Le thème de la téléconsultation est actuellement en cours d'élaboration, notamment à l'aide des leçons tirées des projets pilotes sur lesquels a porté la question n° 21133 de Mme Muylle, transformée en question écrite. J'ai donné, dans ma réponse, un état des lieux des projets pilotes dans le cadre de l'e-santé. Je peux également vous le transmettre.

Mes services n'ont pas connaissance du nombre de téléconsultations en Belgique, notamment du fait que ce cadre auquel vous vous référez doit encore être défini. Je ne doute pas qu'au moment de préparer cette politique, mes services veilleront à prendre en compte les éventuelles leçons utiles à tirer des expériences de nos voisins français.

Je veux néanmoins prévenir les patients des dangers de ce type de consultation. Cela peut être utile s'il s'agit d'une demande d'information. Une consultation nécessite, quant à elle, d'interroger le patient et de l'examiner. Comment peut-on ausculter un patient et se rendre compte de son état physique et mental par téléphone? Cela ne me paraît pas simple. Ce n'est pas une solution miracle.

Ils sont convaincus de leur produit. Ce sont des entrepreneurs.

**04.03** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Comme à votre habitude, vous êtes attentive à l'évolution des choses. Je considère également que cette situation présente tant des éléments positifs que négatifs. Hier encore, je regardais un reportage sur la pauvreté qui

dénonçait l'offre médicale insuffisante dans certaines régions isolées de France. Dans ce cas, cela peut représenter un progrès. Je rappelle qu'il ne s'agit pas d'une simple conversation téléphonique mais d'une vidéoconférence. Il faut toutefois être certain que la personne qui décroche est médecin. Cela peut se vérifier par simple présentation de la carte de médecin. Des améliorations doivent encore être apportées avant que vous ne puissiez définitivement valider cette pratique. J'imagine qu'avec l'évolution technologique, nous parviendrons un jour à avoir une consultation, même "physique", par ce biais mais nous n'y sommes pas encore!

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

La **présidente**: Les questions jointes n<sup>os</sup> 21388 et 21859 de M. Calomne et de Mme Galant sont transformées en questions écrites.

**05** Question de Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments facturés à l'hôpital" (n° 21456)

**05** Vraag van mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gefactureerde geneesmiddelen in ziekenhuizen" (nr. 21456)

**05.01** Nawal Ben Hamou (PS): Madame la ministre, il me revient que, dans certains hôpitaux, lorsqu'un patient a besoin de médicaments au cours d'un séjour ou d'une visite aux urgences, il constate avec surprise qu'il doit en payer la totalité alors que, souvent, il n'a consommé que quelques cuillères de sirop ou quelques doses d'antibiotiques.

En outre, ces médicaments en question, bien que facturés dans leur totalité, ne sont pas remis au patient à sa sortie de l'hôpital. Au contraire, le patient se voit prescrire ce même médicament qu'il devra se procurer en pharmacie. Il aura donc payé ce médicament deux fois: une première fois à l'hôpital entièrement sans qu'il lui soit restitué et une seconde fois en pharmacie. Compte tenu du prix parfois élevé des produits pharmaceutiques, il est aberrant et anormal que les patients ne reçoivent pas les médicaments qu'ils ont payés et à peine entamés à l'hôpital.

Madame la ministre, avez-vous déjà reçu un écho de ce genre de pratiques? Quelles sont, dans ce cas de figure, les obligations de l'hôpital? Quelle est la législation encadrant la facturation des médicaments par l'hôpital?

**05.02** Maggie De Block, ministre: Madame Ben Hamou, tous les médicaments utilisés à l'hôpital doivent être délivrés par le pharmacien hospitalier. En ce qui concerne la délivrance, le conditionnement de délivrance à l'unité doit être utilisé autant que possible lors de la distribution individualisée de médicaments et le nombre d'unités dispensées individuellement ne peut être supérieur à celui requis pour une durée de traitement de cinq jours minimum.

La majorité des médicaments est proposée sous la forme d'unités d'utilisation, c'est-à-dire des ampoules, des comprimés, des sachets et des granules effervescents.

Pour un nombre limité de formats pharmaceutiques comme, par exemple, les sirops et les tubes de pommade, le pharmacien hospitalier peut opter pour la délivrance d'un flacon entier ou d'un tube à un patient pour des raisons aussi pratiques qu'hygiéniques.

En ce qui concerne la facturation, l'intervention de l'assurance due aux établissements hospitaliers pour les spécialités pharmaceutiques remboursables administrées aux bénéficiaires hospitaliers est déterminée en fonction d'un montant fixé par unité de tarification figurant dans la colonne "base de remboursement". L'unité de tarification est mentionnée dans la même liste. Pour les comprimés solides oraux et les ampoules, l'unité de tarification est, en général, respectivement d'un comprimé ou d'une ampoule.

Pour ce qui concerne les sirops, l'unité de tarification est exprimée en millilitres; pour les pommades, en grammes.

La médication, délivrée nominativement au sein de l'unité hospitalière, est facturée au patient. Lorsque le patient quitte l'hôpital ou lors d'une modification du traitement, la médication non utilisée retourne à la pharmacie. Celle qui a été reprise est supprimée de la facture.

Les flacons de sirop ou tubes de pommade entamés ne peuvent pas être réintégrés dans la réserve des médicaments de la pharmacie - heureusement - pour des raisons hygiéniques. Le fait de donner au patient le reste du flacon ou du tube lors de son départ, ainsi que la facturation du flacon complet ou du tube, paraît constituer une méthode de travail responsable contre le gaspillage. C'est parce qu'ils ont payé pour le tube entier ou le flacon de sirop qu'on les donne. Avec les pilules ou les suppositoires, ce n'est pas possible parce qu'ils sont tarifés à l'unité. Au niveau de l'hospitalisation d'un jour, le même procédé est d'application.

**05.03 Nawal Ben Hamou (PS):** Madame la ministre, merci pour vos réponses. Si je suis amenée à vous adresser cette question, c'est que pas mal de familles avec des enfants en bas âge m'ont interpellée. Ils se rendent aux urgences; on donne une cuillère ou deux de sirop à l'enfant et la maman constate par la suite qu'on lui a facturé la totalité de la bouteille. Elle se demande alors pourquoi dans ce cas, on ne lui a pas remis la totalité alors qu'en même temps, elle a reçu une prescription pour s'en procurer à la pharmacie.

Je voulais donc savoir si une loi encadrerait tout cela ou si chacun gérait un peu comme il veut. On ne peut logiquement facturer une ou deux cuillères ou un Dafalgan et donner à nouveau une prescription.

**05.04 Maggie De Block, ministre:** Je ne comprends pas comment c'est possible, mais si vous le dites... Ils ont le droit de se plaindre à l'hôpital ou d'envoyer un courrier à l'ombudsman, car ils n'ont pas reçu la bouteille de médicament pour l'enfant. Évidemment, il faudra à nouveau aller à la pharmacie.

**05.05 Nawal Ben Hamou (PS):** Ce n'est pas évident financièrement pour ces familles, il faut comprendre que cela coûte.

**05.06 Maggie De Block, ministre:** Il ne faut pas changer la loi, mais la pratique. Ils doivent introduire une plainte soit via leur mutualité, soit via le médiateur.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**06 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la future loi réseaux hospitaliers et la concertation sociale" (n° 21488)**

**06 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomstige wet betreffende de ziekenhuisnetwerken en het sociaal overleg" (nr. 21488)**

**06.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen):** Madame la ministre, ma question est relative à la réorganisation en cours des structures hospitalières de gouvernance, donc de constitution de réseaux hospitaliers. Au sein de cette réflexion, je sais que les institutions hospitalières et les ministres concernés des entités fédérées sont notamment consultés. Le plan de réforme 2015 prévoit - et la discussion a lieu - de concerter les médecins à tous les niveaux: hôpital individuel, réseau locorégional et réseau suprarégional, en termes de conseils, d'avis, de gestion et autres.

Cependant, il me revient des autres praticiens de la santé et autres membres du personnel des hôpitaux qu'il n'y a pas - ou qu'il n'y avait en tout cas pas à ce moment-là -, de concertation sociale et de prise en compte de réorganisation fonctionnelle avec ces autres catégories de travailleurs.

Un groupe de travail devait être formé et j'aimerais savoir ce qu'il en est. Je profite de la question pour obtenir peut-être quelques indications sur les timings concernant l'évolution du réseautage des hôpitaux.

**06.02 Maggie De Block, ministre:** Madame Gerkens, un groupe de travail tripartite est mis sur pied dans le but de développer le volet social de la réforme hospitalière. Le groupe de travail poursuit ses travaux en fonction des progrès de la réforme du paysage hospitalier.

En vue de clôturer les travaux en ce qui concerne les réseaux cliniques locorégionaux, un texte sera rédigé, évoquant dans tous les cas les points suivants: l'impact des réformes sur les conditions de travail et de rémunération des travailleurs au niveau du réseau et au niveau des hôpitaux, l'emploi et la concertation sociale. De toute façon, les organes de concertation existants seront impliqués dans les discussions autour de la formation des réseaux et de leurs conséquences.

Le groupe de travail s'est réuni une première fois le 7 décembre et une seconde réunion a eu lieu le



19 décembre. En ce qui concerne la poursuite de la concrétisation des réseaux hospitaliers, je vous informe que ces prochaines semaines, les discussions en première lecture de l'avant-projet de loi relatif aux réseaux locorégionaux seront finalisées. Ensuite, l'avis du Conseil d'État sera sollicité et, parallèlement, les entités fédérées s'accorderont au niveau du processus et du timing concernant l'implémentation des réseaux cliniques locorégionaux.

Je tiens à faire remarquer qu'une loi fédérale n'est pas soumise à l'approbation ou à l'avis de la conférence interministérielle. Cette dernière est un organe de concertation, et l'accord des entités fédérées n'est pas requis pour pouvoir procéder au vote d'une loi au sein du Parlement fédéral.

Je l'ai déjà dit lors de la présentation de notre politique et je le répète aujourd'hui: il est difficile d'approuver tous les points d'une réforme avec sept ministres autour de la table. Mais, en fin de compte, il importe que chaque autorité prenne ses responsabilités afin de réaliser les adaptations nécessaires au sein du paysage hospitalier, et ce pour pouvoir garantir une meilleure qualité de soins aux patients, ainsi que des soins hospitaliers efficaces à un prix abordable à long terme.

Je fais des progrès dans le cadre des compétences fédérales et j'invite désormais mes collègues des entités fédérées à y contribuer dans le cadre de leurs compétences. Il va de soi qu'au sein du cabinet, de temps en temps, des contacts bilatéraux ont lieu avec chaque Région. En effet, les problématiques sont différentes à Bruxelles, au Luxembourg, dans les cantons de l'Est ou encore en Flandre occidentale, au Limbourg, etc. Tous ces paysages sont différents. Avec mes collègues ministres, nous avons fréquemment besoin de contacts bilatéraux et pas seulement sur ce sujet. La sixième réforme de l'État n'a pas spécifié que toutes les parties du pays étaient obligées d'avancer à la même vitesse.

**06.03 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): En effet, madame la ministre, il faut tenir compte des spécificités de chacun et converger si possible vers un objectif commun. Ma question avait surtout pour objectif de veiller à ce que les concertations aient lieu dans le bon ordre, et avant que des accords partiels ou totaux ne soient pris. Je vois que le groupe de travail a commencé à fonctionner à propos des impacts aux différents niveaux, dont les impacts sur l'emploi et sur l'organisation du travail dans les hôpitaux. Cela signifie-t-il que vous avez, là aussi, l'intention d'arriver à la maîtrise des impacts avant que le projet de loi passe de manière définitive? Ou bien s'agit-il d'une procédure qui se poursuivra au cours du temps?

**06.04 Maggie De Block**, ministre: Pour cette réforme des réseaux locorégionaux, nous avons pu avancer en ce qui concerne certaines régions. D'autres en sont encore à la première étape ou n'ont même pas encore commencé.

**06.05 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): D'accord.

**06.06 Maggie De Block**, ministre: Cela ne va pas se terminer du jour au lendemain.

**06.07 Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Évidemment. Je me permets seulement d'insister - en termes de gestion et de direction des réseaux hospitaliers - sur la nécessité de bien prendre en compte tous les intervenants concernés, et pas uniquement l'association des médecins.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

#### **07 Questions jointes de**

- Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments homéopathiques" (n° 21557)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude d'EBM sur les thérapies remboursées" (n° 21644)

#### **07 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de homeopathische geneesmiddelen" (nr. 21557)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het EBM-onderzoek naar terugbetaalde therapieën" (nr. 21644)

**07.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag verwijst naar verschillende dossiers

waarin wij hebben aangetoond dat heel wat middelen voor de volksgezondheid vandaag niet altijd even efficiënt worden besteed. Wij weten dat elke euro maar een keer kan worden uitgegeven. Als er een euro in de gezondheidszorg wegvloeit naar een duur merk van geneesmiddelen terwijl er goedkopere op de markt zijn, kan die niet meer worden besteed aan de zorgverleners of aan nieuwe zorgnoden. We merken hier trouwens elke week in de commissie dat die noden zeer hoog zijn.

Daarom hebt u ook al heel wat maatregelen genomen, onder andere om beter in te zetten op goedkoper en goedkoopst voorschrijven. Dat pad vinden wij zeker het juiste om te bewandelen.

We hebben daarnaast ook gevraagd om meer structureel op te treden en de lijst van vergoedbare geneesmiddelen te onderzoeken om te kijken wat daar precies opstaat en hem te screenen op een evidencebased onderbouw.

Een aantal maanden geleden hebt u op een vraag van mij geantwoord dat u daarvoor inderdaad een cel hebt opgericht die grondig bekijkt wat er vandaag precies terugbetaald wordt en of dat allemaal nog wel voldoet aan de meest wetenschappelijke richtlijnen.

Wanneer is die cel precies in werking getreden? Hoe wordt het onderzoek precies gevoerd? Welke zijn de resultaten tot dusver? Zijn er al middelen uit de terugbetaling gehaald, en zo ja, welke zijn dat dan?

**07.02** Minister **Maggie De Block**: Het federaal regeerakkoord van oktober 2014 bevat diverse bepalingen die betrekking hebben op een sterker handhavingsbeleid in de gezondheidszorg, inclusief het verhogen van de doelmatigheid van de uitgevoerde zorg. Binnen het RIZIV is in dit kader werk gemaakt van artikel 35 van de bestuursovereenkomst van 2016, die loopt tot en met 2018 tussen het RIZIV en de federale Staat. In artikel 35 staat dat de structurele verankering van de strijd tegen verspillingen zal gebeuren in het kader van de oprichting van een Cel Doelmatige Zorg.

Samen met de oprichting van de cel wordt de globale methodologie ontwikkeld voor de werkzaamheden van de cel. Er werd in bijkomende recurrente personeelsmiddelen voorzien voor het bevolken van de cel. Deze cel is sinds de eerste helft van 2017 volledig operationeel.

Doelmatige zorg komt als onderdeel eveneens voor in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg, dat loopt over 2016 en 2017, en dat ook is verlengd in een actieplan 2018 tot 2020. De voorbereiding is gebeurd, maar moet nog worden voorgelegd aan en goedgekeurd door de Algemene raad van het RIZIV.

Ten slotte sloot de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen op 19 december een nieuw nationaal akkoord voor twee jaar. Daarin is ook een apart hoofdstuk “doelmatige zorg” opgenomen. Voor 2018 voorziet het RIZIV zowel in acties gericht op huisartsen als op artsen-specialisten.

Voor de huisartsen werkt de Cel Doelmatige Zorg van het RIZIV aan de opmaak van een geïntegreerde feedback per huisarts in solopraktijk of groepspraktijk betreffende het voorschrijfgedrag inzake medische beeldvorming en inzake medicatie, onder andere antibiotica, polymedicatie bij ouderen en psychotrope medicatie, evenals voor het voorschrijfgedrag inzake klinische biologie. Het betreft een individuele feedback per huisartsenpraktijk, die toelaat zich te positioneren ten opzichte van de andere praktijken binnen de vergelijkingsgroep. Elke huisarts of groepspraktijk krijgt voor een 45-tal indicatoren over de vermelde domeinen een individuele score, gebaseerd op de facturatiegegevens van de gezondheidszorg. Deze feedback bevat eveneens een korte duiding van de onderliggende evidencebased medicine-evidentie met betrekking tot deze indicatoren.

Eveneens wordt in 2018 in een globaal performantierapport voorzien betreffende de huisartsgeneeskunde. Het is de bedoeling om simultaan werk te maken van vervolgotrajecten voor huisartsen om tot een gewenst gedrag inzake de consumptie van gezondheidszorg te komen.

Voor de doelgroep van de artsen-specialisten is een gestandaardiseerde methodologie opgesteld voor het in kaart brengen van praktijkvariëaties, in eerste instantie via het in kaart brengen van geografische variëaties, hetzij per arrondissement, hetzij per provincie, hetzij per gewest. De keuze van geselecteerde medische praktijken voor analyse gebeurt via verschillende bronnen en criteria: de beschikbaarheid van databanken nodig voor de analyse; het verkrijgen van een brede dekking over alle specialismen heen; het bestaan van complementaire gegevensbronnen, hetzij literatuur, hetzij rapporten; de actualiteit; de potentiële te realiseren reductie in uitgaven en de inschatting van de aanwezigheid van obsoleete praktijken binnen de specialismen.

In 2019 zal eveneens een individuele feedback naar de specialisten gestuurd worden, gericht op het voorschrijfgedrag van geneesmiddelen. Er staan nog meerdere acties in het Actieplan handhaving in de gezondheidszorg van 2018 tot 2020 betreffende maatregelen die we kunnen nemen om dat voorschrijfgedrag bij te sturen.

**07.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Wat de voorschrijvers betreft, was het duidelijk. Begrijp ik het goed dat de cel die sinds de eerste helft van 2017 operationeel is de lijst van de vergoedbare middelen volop bekijkt? Zullen ze ook daarover met voorstellen komen?

**07.04 Minister Maggie De Block :** Zij bekijken het vooral per groep. Binnen zo'n groep kan dan ook nog een onderscheid gemaakt worden. Ik geef het voorbeeld van de antibiotica. Men bekijkt dan wat het globale aantal voorgeschreven dagelijkse dosissen antibiotica is, maar bijvoorbeeld ook wat daarin dan het percentage is van de quinolones. We weten immers dat er te veel quinolones worden voorgeschreven. Daar wordt men dan ook attent op gemaakt. Zo werkt men voor alle groepen.

Het duurt natuurlijk langer voor de verschillende specialismen. Ik kan een oftalmoloog niet hetzelfde profiel presenteren als een orthopedist. Dat vergt dus meer werk. Voor de huisartsen is het echter min of meer dezelfde batterij aan voorschriften die bekeken wordt. Hier zijn er 45 verschillende indicatoren in de drie domeinen, de klinische biologie, de medische beeldvorming en de medicatievoorschriften.

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

**08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de website van het UZ Leuven en het FAGG" (nr. 21593)**

**08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le site internet de l'UZ Leuven et l'AFMPS" (n° 21593)**

**08.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het UZ Leuven heeft een probleem gehad met de affichering van informatie. Het UZ geeft via zijn website informatie over onder andere geneesmiddelen en implantaten, vooral met de bedoeling om patiënten te informeren, maar het heeft blijkbaar een berisping gekregen van het FAGG omwille van de vermelding van de namen van implantaten en geneesmiddelen. Volgens het FAGG doet het UZ Leuven aan publiciteit.

Hierop heeft het UZ Leuven zijn website voorlopig aangepast, maar het blijft wel met vragen zitten over de mening van het FAGG. Het UZ Leuven stelt dat als het al deze pagina's op de website moet aanpassen, deze dan waardeloos zouden worden, aangezien de naam noch de generische bestanddelen van het geneesmiddel mogen worden vermeld. Bijvoorbeeld, in plaats van een aspirine of een dergelijk type pijnstillertje te noemen, zou men het moeten hebben over een pilletje, maar hierdoor gaat de informatie over het type van geneesmiddel dat de patiënt in dat geval zou moeten innemen verloren.

Het UZ vraagt om te verduidelijken waar de grens ligt tussen informeren en publiciteit, en of er voor het ziekenhuis concrete richtlijnen zijn waarop het zich kan baseren.

**08.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen definieert reclame als alle vormen van colportage, marktverkenning of stimulering die bedoeld zijn ter bevordering van het voorschrijven, het afleveren, het verschaffen, de verkoop of het verbruik van geneesmiddelen. De definitie van de term "reclame" dient dan ook ruim te worden geïnterpreteerd. Dat blijkt onder andere a contrario uit de zeer stringente uitzonderingen vervat in diezelfde wet.

De uitzondering met betrekking tot de informatie betreffende de gezondheid of ziekte bij de mens of het dier vereist uitdrukkelijk dat er geen referentie, zelfs onrechtstreeks, naar een geneesmiddel wordt gemaakt.

Het is de interpretatie van mijn diensten bij het FAGG dat een verwijzing naar een actief bestanddeel, zoals botulinetoxine A, of het gebruik van algemene benamingen van implanteerhulpmiddelen kan worden aanzien als reclame, in de ruime zin van het woord, voor geneesmiddelen of implanteerbare hulpmiddelen. Het is wel noodzakelijk dat een patiënt steeds voldoende wordt geïnformeerd door de arts over de behandelingsmogelijkheid.

Dezelfde wet op de geneesmiddelen stelt bovendien dat elke reclame voor het publiek verboden is wanneer zij betrekking heeft op een geneesmiddel dat enkel na overlegging van een geneeskundig getuigschrift mag worden afgeleverd of op implanteerbare hulpmiddelen.

Reclame, bestemd voor het publiek, voor humane geneesmiddelen die niet op overlegging van een geneeskundig voorschrift moeten worden afgeleverd, is toegestaan mits ook de wettelijke bepalingen van het KB van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik worden nageleefd. Deze reclame moet bijvoorbeeld worden genotificeerd bij het FAGG. De verwijzing naar de bijsluiter is wel mogelijk. Dit valt onder de uitzonderingen opgenomen in het KB van 7 april 1995.

Rekening houdend met mogelijke contra-indicaties en interacties bij de inname van geneesmiddelen is het bovendien aangewezen dat de patiënten niet via de website van het ziekenhuis, maar wel tijdens de consultatie persoonlijk geïnformeerd worden door de behandelend arts over geneesmiddelen die zij al dan niet kunnen innemen bij bepaalde klachten.

Ten slotte bestaan er geen specifieke richtlijnen voor ziekenhuizen. Het FAGG past de wettelijke bepalingen toe voor ziekenhuizen, zoals het die ook toepast voor alle andere actoren.

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

#### **09** Questions jointes de

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'appel au don d'organe via les réseaux sociaux" (n° 21499)**

- **M. Olivier Maingain à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'appel au don d'organes sur les réseaux sociaux" (n° 21760)**

#### **09** Samengevoegde vragen van

- **de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oproep tot orgaandonatie via de sociale netwerken" (nr. 21499)**

- **de heer Olivier Maingain aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de oproep tot orgaandonatie op de sociale netwerken" (nr. 21760)**

**09.01** **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Madame la ministre, la liste des demandeurs d'organes est longue et certains patients doivent attendre des années avant de recevoir le don qui pourra changer leur vie. Lors de la législature 2007-2010, Katia della Faille de Leverghem et moi-même avons d'ailleurs organisé une campagne pour relancer ces dons.

Face à cette problématique, de plus en plus de malades se tournent vers les réseaux sociaux pour lancer des appels à l'aide. Aux Pays-Bas, il y a quelques mois, une personne a donné l'un de ses organes à une personne ayant lancé un tel appel sur Internet.

Cela pose bien évidemment des questions éthiques. À l'heure actuelle, chez nous, le don d'organe se fait soit via la banque de dons européenne soit grâce à un donneur membre de la famille ou très proche du patient. Quant au recrutement de donneurs via Internet, il n'est ni réellement interdit ni encadré.

Madame la ministre, face à une question aussi importante, il me semble essentiel qu'une législation claire en la matière soit mise en place. Mes questions seront donc simples.

Pour contextualiser la problématique, pouvez-vous faire un état des lieux de la situation actuelle chez nous? Combien de personnes sont-elles en attente d'un don d'organe et quel est le délai moyen d'attente?

Quelle est votre position sur ces "petites annonces" sur les réseaux sociaux?

Avez-vous la volonté de légiférer en la matière à court ou moyen terme?

**09.02** **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Flahaux, en ce qui concerne l'activité de prélèvement et de transplantation, en date du 31 décembre 2017, le nombre de donneurs était de 28,4 par million d'habitants, le nombre de patients en attente de 1 210, toutes listes confondues, et le nombre de patients transplantés de 907 pour l'ensemble des organes. La loi du 13 juin 1986 relative aux prélèvements et à la transplantation

d'organes autorise le prélèvement d'un organe sur une personne vivante à condition que celle-ci y ait préalablement consenti par écrit, librement et sciemment. La loi prévoit des conditions particulières de prélèvement si le donneur est mineur ou si le prélèvement porte sur des organes non régénérables, par exemple les reins.

Le médecin qui envisage d'effectuer un prélèvement d'organe est légalement tenu d'informer le donneur des conséquences psychiques, physiques, familiales et sociales du prélèvement. Il doit constater que le donneur a pris sa décision avec discernement et dans un but incontestablement altruiste.

En outre, tout prélèvement sur des personnes vivantes doit faire l'objet d'une concertation pluridisciplinaire préalable entre médecins et autres prestataires de soins à l'exception de ceux qui traitent le receveur ou qui effectuent le prélèvement ou la transplantation.

Les membres de cette concertation évaluent le donneur potentiel de manière indépendante; notamment, sa capacité de consentir à un prélèvement d'organe.

Il existe donc de multiples raisons pour lesquelles un donneur potentiel ne peut finalement être accepté. En tout état de cause, cette décision appartient au médecin et à l'équipe médicale. Je ne peux pas juger.

J'ai en annexe l'avis du Conseil national pour la transplantation. Je vous le fournirai.

**09.03 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Merci beaucoup pour les éléments communiqués, madame la ministre. Manifestement, sur la base de vos chiffres, un quart des demandes ne sont pas satisfaites. Vous avez évoqué 1 200 demandes et 900 transplantations. Par conséquent, il reste 300 demandes auxquelles il ne peut être satisfait.

**09.04 Maggie De Block , ministre:** Non, non, non! Le nombre de patients en attente s'élève à 1 200. Le nombre de patients transplantés correspond à des patients qui étaient en attente dans un précédent échantillon.

**09.05 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Mais il y a quand même un *gap* entre les demandes!

**09.06 Maggie De Block, ministre:** Oui, oui! Il y a toujours des gens en attente. Mais il est certain aussi que le nombre de transplantations a aussi augmenté.

**09.07 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Mais le nombre de demandes aussi, sans doute!?

**09.08 Maggie De Block, ministre:** Bien sûr.

**09.09 Jean-Jacques Flahaux (MR):** Il y a donc probablement - et c'est déplorable - des demandeurs qui décèdent avant de recevoir le don. De ce que l'on fera – bien entendu, dans les normes – pour améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande, en attendant que des organes artificiels remplacent les dons d'organes "vivants"... Puisque nous sommes appelés à vivre jusqu'à 140 ou 150 ans, disent certains, on pourra "dévisser" un organe pour le remplacer par un autre, plus performant.

Mais nous n'en sommes pas encore là et dans la situation actuelle, cet appel à la solidarité vivante qu'est le don d'organe me semble extrêmement important.

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

**10 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la spondylarthrite ankylosante" (n° 21009)**

**10 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spondylitis ankylosans (de ziekte van Bechterew)" (nr. 21009)**

**10.01 André Frédéric (PS):** Madame la ministre, la spondylarthrite ankylosante est, comme vous le savez, une maladie rhumatismale qui atteint surtout la colonne vertébrale et le bas du dos. Comme tout rhumatisme, elle se traduit par des douleurs et une perte de souplesse des articulations. Il n'existe pas de

traitement permettant de guérir la maladie mais il est possible d'en contrôler les symptômes. Les patients peuvent avoir recours à des traitements antidouleur via la prise d'anti-inflammatoires. Il peut aussi être prescrit des injections de corticoïdes ou ce qu'on appelle des traitements de fond. Ces traitements de fond, qui sont des biothérapies, sont assez récents et permettent apparemment d'améliorer considérablement la prise en charge des cas graves de spondylarthrite.

Parmi les médicaments utilisés dans ce cadre figurent notamment Enbrel, Humira mais également Simponi. Une nouvelle biothérapie dénommée Cosentyx semble également être très efficace. Malheureusement, différents critères doivent être remplis pour que les patients puissent en bénéficier.

Madame la ministre, il apparaît que certains patients dont la spondylarthrite évolue "à bas bruits" ne puissent pas bénéficier de ce nouveau traitement alors qu'il semble permettre aux personnes atteintes de formes graves de la maladie d'avoir une qualité de vie meilleure ainsi qu'une vie active.

Pourriez-vous nous indiquer quels sont les critères à remplir pour bénéficier de ce traitement? Quel est le pourcentage de personnes souffrant de spondylarthrite ankylosante qui bénéficient de ce traitement? Ces critères pourraient-ils être revus à brève échéance? Quelles autres options s'offrent à ces patients si les biothérapies traditionnelles ne fonctionnent pas?

**10.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, en Belgique, plusieurs traitements biologiques sont déjà remboursables dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante. Il s'agit des traitements anti-TNF, notamment l'Enbrel ou l'Humira, le Cimzia et le Simponi. En plus de ces médicaments, il y a aussi le Cosentyx, qui est également remboursable dans le traitement de la spondylite ankylosante.

Les conditions de remboursement pour le Cosentyx dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante sont comparables à celles d'application pour les anti-TNF. Les patients doivent avoir un score de *bath ankylosing spondylitis disease activity index* d'au moins quatre sur dix, indiquant une affection active. Le taux sanguin de *C-reactive Protein* (CRP) doit être supérieur à la valeur normale du laboratoire utilisé. Les patients doivent être traités auparavant par au moins deux anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant au moins trois mois et il faut s'assurer de l'absence de tuberculose évolutive.

Les conditions de remboursement des médicaments biologiques dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante ont été élaborées avec des experts rhumatologues et sont en ligne avec des recommandations internationales.

Actuellement, il n'y a pas de raison de revoir les conditions de remboursement pour ce groupe de médicaments dans le traitement de la spondylite ankylosante car les patients qui en bénéficient le plus ont accès au remboursement. Le prix élevé du Cosentyx, plus de 4 400 euros par patient la première année, se justifie pour ce groupe cible.

En ce qui concerne le pourcentage de personnes souffrant de spondylarthrite ankylosante qui bénéficient d'un traitement par Cosentyx, celui-ci est seulement remboursable dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante depuis le 1<sup>er</sup> février 2017 – cela fera donc un an dès demain. Les seuls chiffres dont je dispose sont ceux de l'estimation par la Commission de remboursement des médicaments, à savoir entre 30 et 90 patients par an à traiter par Cosentyx. Nous verrons après un an combien il y en a eu, mais c'est ce qui avait été prévu quand la décision fut prise de rembourser selon certains critères.

**10.03 André Frédéric (PS)**: Madame la présidente, je remercie Mme la ministre pour sa réponse, que je transmettrai aux associations représentatives de cette problématique.

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

La **présidente**: Les questions n° 21598 de M. André Frédéric et n°s 23226 et 23227 de Mme Véronique Caprasse sont reportées.

**11 Interpellation de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les places de stage pour les étudiants en médecine" (n° 236)**

**11 Interpellatie van de heer André Frédéric tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stageplaatsen voor de studenten in de geneeskunde" (nr. 236)**

**11.01 André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, ce n'est pas la première fois que nous vous interpellons dans le cadre de la problématique toujours non résolue du manque de places de stage pour les étudiants en médecine.

Pour rappel, suite à la réduction de la durée des études de sept à six ans entrée en vigueur en 2012, nous devons faire face à une double cohorte représentant quelque deux mille étudiants en Fédération Wallonie-Bruxelles qui devront alors choisir une voie de spécialisation (médecine générale, cardiologie, pédiatrie, etc.). Des solutions sous la forme de solutions efficaces se font toujours attendre.

Outre le manque de places de stage, cet afflux d'étudiants pose deux autres problèmes: un manque de maîtres de stage pour parfaire la formation des candidats spécialistes et généralistes et un manque de moyens financiers pour payer ces nouveaux médecins.

Madame la ministre, certes, votre cabinet a fait état de diverses solutions. Il est ainsi prévu que le stage de six mois en hôpital suivi de la formation de base puisse être pris en compte par le plan de stage – une façon de l'alléger. Il serait également possible d'interrompre le stage quelle qu'en soit la motivation et ce, pour une durée de douze mois maximum. Dans le même sens, il serait proposé d'autoriser des stages à temps partiel sur une durée plus longue et qui pourrait être doublée et passer de trois à six ans pour les médecins généralistes et de six à douze ans pour les médecins spécialistes. Un financement complémentaire semble prévu dans ce cas. Pour mon groupe, il s'agit de solutions insuffisantes et a priori inopérantes. Elles sont qualifiées d'absurdes par la Fédération des étudiants francophones et de scandaleuses par l'ABSyM.

Madame la ministre, les solutions proposées ont-elles bien été discutées avec les représentants des universités, des étudiants et des syndicats médicaux? Des concertations ont-elles eu lieu dans ce cadre récemment? Quel budget spécifique sera-t-il dégagé dans ce cadre? Alors que la pénurie se fait de plus en plus menaçante auprès des médecins généralistes et dans certaines autres spécialités, il semblerait que, parmi les étudiants diplômés l'année prochaine, un médecin sur deux ne pourra pas prétendre à une place de stage. Comment pouvez-vous leur garantir que cela ne sera pas le cas?

**11.02 Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, ce n'est pas la première fois, depuis le début de la législature, que ce sujet est abordé.

J'ai dû constater que mes prédécesseurs n'ont pas fait le moindre préparatif pour la problématique que vous esquissez. Différentes initiatives ont été prises et une politique a été développée en 2017 à la lumière de l'augmentation temporaire, mais pour quelques années, du nombre de médecins en formation dans la double cohorte.

Depuis le début, j'ai demandé au Conseil supérieur son avis quant à cette matière. Ma cellule stratégique a régulièrement eu des contacts avec le Conseil supérieur, les doyens, les syndicats de médecins et les organisations des étudiants médecins en formation des deux entités.

En ce qui concerne les médecins généralistes, nous devons aussi tenir compte de l'allongement de la formation à trois ans et de l'introduction d'un stage hospitalier. Faisant usage de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, à l'article 55, je prendrai cette année encore une décision afin que les budgets pour le nombre augmenté de candidats en formation puissent être libérés. Je rendrai le financement en provenance de l'INAMI possible pour 36 mois au lieu de 24, donc trois ans au lieu de deux.

La capacité pour les stages hospitaliers pour généralistes est insuffisante, d'autant plus que l'on produit dans les deux Communautés une plus grande proportion de médecins généralistes: ce sont environ 40% du nombre d'étudiants promus. C'est pourquoi j'ai adapté l'arrêté ministériel de 2010 concernant l'agrément, prenant une mesure provisoire par laquelle les stages hospitaliers dans la formation de base peuvent – et non doivent – être également valorisés en tant que stages professionnels. Cela facilitera la rédaction des plans de stages tout en rendant possible l'agrément des médecins généralistes. De plus, cette mesure a été évaluée par le Conseil d'État à propos de la conformité avec la législation européenne, ce qui ne semblait pas un problème.

Pour la médecine générale en cabinet, la capacité actuelle est de 1 947, répartis comme suit: 917 du côté francophone et 1 030 du côté néerlandophone. Pour la médecine générale en hospitalier, la capacité est de

135, répartis comme suit: 87 du côté francophone et 48 du côté néerlandophone. La projection de la capacité attendue pour octobre 2018 est, selon une hypothèse de progression linéaire, pour la médecine générale en cabinet, de 2 136, dont 1 030 du côté francophone et 2 016 du côté néerlandophone et, pour la médecine générale en hospitalier, de 149, dont 99 du côté francophone et 50 du côté néerlandophone.

Voici maintenant les chiffres projetés par la Cellule de planification concernant le nombre de médecins en formation durant l'année académique 2018-2019, selon deux scénarios distincts.

Pour la médecine générale, la demande projetée de 2018 (scénario de base 1) est un total de 1 885, soit 966 du côté francophone et 919 du côté néerlandophone. Pour un scénario avec 50 % de médecins généralistes, la demande projetée est un total de 2 613, dont 1 386 du côté francophone et 1 227 du côté néerlandophone.

La législation sera également adaptée en ce qui concerne l'ancienneté du maître de stage pour l'introduction des équipes de stage. De cette manière, la capacité de stage peut donc augmenter dans un cadre qualitatif. En ce qui concerne les médecins spécialistes, j'ai actualisé de manière répétitive l'arrêté ministériel de 2014 concernant les critères généraux d'agrément. L'ancienneté du maître de stage a été abaissée et la possibilité de stages à temps partiel a été introduite. Auparavant, la possibilité de stages spécifiques avait déjà été prévue.

Toutes ces mesures augmentent la capacité en places de stage de plus de 10 %. La capacité actuelle est, pour les stages de spécialistes hospitaliers, de 5 563 et de 214 pour la médecine spécialisée hors INAMI. La projection de la capacité attendue pour octobre 2018, selon une hypothèse de progression linéaire, est pour les stages de spécialistes hospitaliers de 5 940 et de 239 pour la médecine spécialisée hors INAMI.

J'en viens aux chiffres projetés aussi par la Cellule de planification concernant le nombre de médecins en formation durant l'année académique 2018-2019, également selon deux scénarios distincts. Pour la médecine spécialisée, le total est de 6 542, soit 3 278 du côté francophone et 3 264 du côté néerlandophone.

Dans le second scénario, le total est de 5 996, dont 2 991 du côté francophone et 3 005 du côté néerlandophone.

En ce moment, la cellule stratégique traite un pré-arrêté royal intitulé "Projet de modification de l'arrêté du 21 avril 1983 et fixant les modalités d'agrément des spécialistes médecins et des médecins généralistes". Par celui-ci une mesure temporaire en cette décision de procédure prend vigueur: les services de stage déjà agréés peuvent faire une demande sur base d'un dossier motivé pour augmenter temporairement le quota de médecins à former. De ce dossier introduit, il doit naturellement ressortir des garanties suffisantes sur la qualité de la formation et de l'accompagnement des médecins en stage professionnel.

Enfin, j'ai proposé un livre vert sur le financement, la qualité et la programmation des places de stage. Ce projet avait été évalué auprès du Conseil supérieur, des syndicats des médecins, des doyens et des représentants des étudiants. Chacun s'est montré favorable au concept. Le but est de créer un pool de moyens financiers qui servira pour un modèle de financement personnalisé pour les médecins en formation. Le financement est partiel et destiné à la partie pédagogique des stages. La Commission médico-mutualiste en a déjà tenu compte et le budget pour les maîtres de stage dans les services non universitaires peut être augmenté de ce pool susmentionné.

Entre-temps, les services ont été chargés de l'élaboration du livre vert en livre blanc. En ce moment, une concertation rapprochée est planifiée avec les services Stratégie des professions de santé du SPF Santé publique et avec le service juridique de l'INAMI. J'implique également les experts des facultés de médecine, vu leur expérience concernant la formation partiellement académisée.

Durant les mois prochains, il deviendra clair quelles initiatives en matière de législation devront être prises et comment une organisation inter-administrative pour l'attribution des vouchers personnalisés et le suivi de la qualité de stage pourra être installée dans les autorités de santé. Les étudiants et médecins en formation y seront impliqués de très près.

Quant au montant nécessaire, j'ai déjà présenté cette problématique au gouvernement. Nous en reparlerons au moment de la concertation lors du contrôle du budget en mars.



Si je peux me permettre de le dire, je pense avoir pris mes responsabilités. Un travail gigantesque a été fait en concertation avec toutes les parties. Je ne peux pas dire que mes prédécesseurs en ont fait de même.

**11.03 André Frédéric (PS):** Madame la ministre, cela, je l'avais bien compris car vous avez terminé comme vous avez commencé. J'ai l'habitude d'entendre que ce qui a été fait précédemment n'était pas bon, à croire que vous n'existiez pas avant ou que vous n'étiez pas au gouvernement. Tout ce qui a été fait avant était mauvais et tout ce qui se fait maintenant est excellent.

**11.04 Maggie De Block, ministre:** Rien n'avait été fait! C'est la vérité.

**11.05 André Frédéric (PS):** Le travail est tellement excellent qu'il y a des mouvements d'humeur – et c'est bien normal – dans la formation des médecins qui s'expriment publiquement. Je ne l'invente pas! Je suis le modeste représentant du peuple. Je ne suis pas issu de ce secteur comme vous. Lorsqu'ils expriment leurs difficultés, il ne me semble pas anormal de reporter les questionnements de ces personnes. Je fais mon boulot. Ce n'est pas contestable. Quand on investit autant d'années et d'argent dans des formations de ce niveau, il est assez normal de se demander si on pourra exercer, madame la ministre!

**11.06 Maggie De Block, ministre:** C'est pourquoi tous les étudiants ont été tenus au courant des mesures, même ceux dont l'idéologie est différente.

**11.07 André Frédéric (PS):** Madame la ministre, je tenais à faire cette mise au point car je suis fatigué d'entendre que ce n'était pas fait auparavant. Avoir le sens des responsabilités, c'est aussi prendre de la hauteur, de la noblesse et de l'humilité par rapport aux fonctions éphémères que nous remplissons tous, tant vous que moi d'ailleurs.

Madame la ministre, pour vous soutenir dans votre démarche tellement proactive, et puisque vous allez chiffrer et demander les moyens nécessaires au gouvernement, je vous viens en soutien de façon constructive en déposant une motion de recommandation qui indique de continuer, comme vous le faites, – je ne vous mets donc pas en difficulté – à mener des concertations utiles avec les entités fédérées, les représentants des universités, les étudiants et les syndicats médicaux, afin que des réponses adéquates puissent être trouvées face au manque de places de stage ou au manque de maîtres de stage et au manque de moyens financiers en raison de la double cohorte à venir, de dégager les budgets nécessaires et de mettre rapidement sur la table des solutions afin d'assurer l'avenir de l'ensemble des étudiants en médecine en leur garantissant des places de stage de qualité.

J'ai déposé cette motion de recommandation, madame la présidente, et je demande d'en prendre acte.

## **Moties Motions**

### **La présidente:**

En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.  
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par M. André Frédéric et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de M. André Frédéric

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

demande au gouvernement

- de continuer à mener les concertations utiles avec les entités fédérées, les représentants des universités, des étudiants et des syndicats médicaux afin que des réponses adéquates puissent être trouvées face au manque de places de stage, au manque de maîtres de stage et au manque de moyens financiers en raison de la double cohorte à venir;

- de dégager les budgets nécessaires et de mettre rapidement sur la table des solutions afin d'assurer l'avenir de l'ensemble des étudiants en médecine en leur garantissant des places de stage de qualité."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer André Frédéric en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van de heer André Frédéric  
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
verzoekt de regering

- het nuttige overleg met de deelgebieden, de vertegenwoordigers van de universiteiten, de studenten en de artsensyndicaten te blijven voortzetten opdat er adequate oplossingen kunnen worden gevonden voor het gebrek aan stageplaatsen, stagemeesters en financiële middelen wegens de te verwachten dubbele cohorte;

- de nodige middelen uit te trekken en spoedig oplossingen aan te dragen om de toekomst van alle studenten geneeskunde veilig te stellen door hun goede stageplaatsen te waarborgen."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.  
Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.  
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

**12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het pre-traject diabetes" (nr. 21630)**

**12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le pré-trajet diabète" (n° 21630)**

**12.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, zoals reeds eerder gesteld, de zorg voor patiënten met diabetes type 2 is zeer goed uitgebouwd. Er zijn ook stappen gezet om een en ander nader te bekijken. Er ontbreekt echter nog steeds een belangrijk onderdeel, namelijk een echt pretraject waarbij patiënten in een vroeger stadium reeds meer ondersteuning krijgen via educatie, onder andere maar niet alleen via de podoloog.

Vandaag is dat beperkt tot patiënten die insuline inspuiten en dat is te laat. Tijdens de rondetafelconferentie over diabetes, die we in oktober 2017 organiseerden, onderstreepten specialisten dat er een pretraject zit aan te komen, maar dat het voorbehouden werd aan patiënten jonger dan 69 jaar met een BMI van 30 of hoger.

Is dat juist?

Welk voorstel ligt er precies op tafel?

Welke logica zit er achter de leeftijds koppeling? Op welke manier is zo'n beleid evidencebased?

**12.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, er bestaan in België drie programma's voor de opvolging van een patiënt met diabetes type 2: het zorgtraject diabetes type 2, de diabetesovereenkomst en het zorgmodel voor een patiënt met diabetes type 2, ook voortraject genoemd.

Een patiënt met diabetes type 2 kan vanaf zijn diagnose opgenomen worden in een voortraject. Indien zijn ziekte evolueert, kan hij naadloos overschakelen naar een zorgtraject diabetes type 2 of een diabetesovereenkomst, dat is als hij of zij insulinedependent wordt.

Het voortraject, dus het traject vooraleer hij insuline moet spuiten, hebben wij als bijkomend project al ingevoerd sinds 1 februari 2016. Het is de bedoeling om de patiënten in een vroeger ziektestadium te begeleiden. Ze mogen niet opgevolgd worden in een zorgtraject diabetes type 2 of een diabetesovereenkomst, aangezien het eigenlijk de bedoeling is om de nieuwe patiënten in een veel vroeger stadium te detecteren.

In het voortraject moet de huisarts of de geregistreerde huisartsenpraktijk de betrokken patiënten in de praktijk identificeren en registreren, de klinische en biologische gegevens van de patiënt in het dossier registreren, zoals beschreven in het zorgprotocol, doelgerichte zorg aanbieden, gebaseerd op de evidencebased aanbevelingen voor goede praktijkvorming en de individuele doelstellingen bespreken met de patiënten en ze noteren in het GMD.

Het gaat dan zowel over gewichtsreductie, beweging, dieet als over de gemiddelde waarde van het hemoglobine A1c, die moet worden nagestreefd.

De patiënt krijgt toegang tot dieetverstrekkingen en, indien hij tot een risicogroep behoort, ook tot podologie.

Eind 2015 heb ik een enveloppe voor multidisciplinaire initiatieven in de eerste lijn ter beschikking gesteld. Een werkgroep van het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft voorstellen geformuleerd voor multidisciplinaire initiatieven rond educatie van de subdoelgroep van patiënten met diabetes type 2 met een voortraject, namelijk zij die de grootste gezondheidswinst boeken bij een vroegtijdige interventie.

De subdoelgroep werd afgebakend door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid door gegevens van de gezondheidsenquête te koppelen aan gegevens van de verzekeringsinstellingen.

De criteria voor de doelgroep zijn de volgende. Het moet gaan om personen in de leeftijdsgroep van 15 tot en met 69 jaar, met een verhoogd cardiovasculair risico, gedefinieerd met een *body mass index* van meer dan 30, en/of arteriële hypertensie.

Het ontwerp van koninklijk besluit voor de nieuwe indicatieverstrekkingen ligt op dit moment bij de Raad van State. Ik verwacht de inwerkingtreding zo snel mogelijk.

Het gaat om nieuwe indicatieverstrekkingen die toegankelijker gemaakt worden voor een brede groep. Wij zullen het project ook evalueren.

**12.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Bedankt, mevrouw de minister. Uw antwoord was heel duidelijk. Het is mooi dat er ter zake een ontwerp van koninklijk besluit komt, omdat educatie voor die groep inderdaad ontbreekt.

Het is wel jammer dat de maatregel voorbehouden blijft voor de groep met het hoogste risico. Misschien kan de groep worden uitgebreid, als na de evaluatie de maatregel werkzaam blijkt.

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

**13 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van ambulante vacuümtherapie" (nr. 21634)**

**13 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la thérapie par le vide en ambulatoire" (n° 21634)**

**13.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag dook op tijdens de rondetafel over diabeteszorg, waar werd gesteld dat er nood is aan het ambulant toepassen van vacuümtherapie. Dat gebeurt vandaag niet, omdat de terugbetaling ervan niet is geregeld in de ambulante sector.

Klopt dit? Zo ja, waarom? Zijn er wijzigingen te verwachten, zodat ook het ambulant toepassen van vacuümtherapie kan worden terugbetaald?

**13.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, momenteel bestaat er inderdaad nog geen nomenclatuurcode waarmee deze specifieke wondzorg in de thuisverpleging kan worden aangerekend en vergoed door de verzekering voor geneeskundige verzorging. Vandaag staat de patiënt zelf in voor de kosten, de verzekering, de waarborg en de huur van het pompsysteem, afhankelijk van de fabrikant of de eigenaar van het gebruikte toestel, en voor de kostprijs van het verzorgingsmateriaal.

Ik heb een bedrag van meer dan 1 miljoen euro vrijgemaakt voor een proefproject waarbij zal worden geëvalueerd of deze techniek thuis kan worden toegepast, wat de financiële impact zal zijn en hoe dit wordt ervaren door thuisverpleegkundigen en patiënten. Het is de bedoeling om binnen het project nagenoeg alle kosten voor de patiënten te dekken. Dit wordt momenteel praktisch uitgewerkt en moet nog worden voorgelegd aan de verschillende betrokken commissies en comités bij het RIZIV. Normaal gezien zou het dit jaar van start moeten gaan. Wij doen dan een oproep aan wie er in dit proefproject zou kunnen instappen. De stap naar de terugbetaling is dus nabij.

Ik heb mij laten vertellen dat dit een vrij recente therapie is, die vroeger nagenoeg niet thuis werd toegepast omdat dit technisch niet mogelijk was. Nu zou dit echter wel kunnen.

**13.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Het is heel mooi dat dit project in de pijplijn zit. Hopelijk kan het proefproject dit jaar nog starten, zoals gepland, volgen er snel resultaten en kan er in een nomenclatuurnummer worden voorzien.

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

**14 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Micropakine" (nr. 21640)**

**14 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Micropakine" (n° 21640)**

**14.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ook dit is een korte vraag.

Bij epilepsie wordt Depakine terugbetaald, maar Micropakine blijkbaar niet.

Mevrouw de minister, waarom wordt Micropakine niet terugbetaald? In tegenstelling tot wat veel mensen denken, gaat het vaak niet om een politieke beslissing. Mogelijk heeft de firma nog geen aanvraag tot terugbetaling ingediend of werd er wel een aanvraag ingediend, maar werd die negatief beoordeeld door bijvoorbeeld de CTG.

Weet u wat de precieze reden is voor de niet-terugbetaling van Micropakine?

**14.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, de CTG heeft de vraag tot terugbetaling nog niet gekregen van de firma. De CTG kan geen beslissing nemen zonder dat er een aanvraag voorligt.

Tot nu toe heeft het bedrijf nog geen aanvraag ingediend. Micropakine is dan ook helemaal niet beschikbaar op de Belgische markt. Wij weten niet waarom er nog geen aanvraag ingediend werd. Een dergelijke beslissing komt volledig de firma's toe. Als de firma's geen aanvraag indienen, dan kunnen wij de vraag niet op eigen initiatief behandelen.

**14.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

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

La **présidente**: Nous arrêtons la réunion, madame la ministre?

**14.04 Maggie De Block**, ministre: Oui, car je dois me rendre à un symposium.

Het is aan de Reyerslaan en ik heb mij laten vertellen dat het daar zeer druk is.

La **présidente**: Très bien, nous clôturons donc nos travaux après la question n° 21640 de Mme Yoleen Van Camp.

**14.05 Maggie De Block**, ministre: Pour la question de Mme Ben Hamou sur la dangerosité des tampons, je peux transmettre une réponse écrite.

La **présidente**: Très bien, la question n° 21636 de Mme Nawal Ben Hamou est donc transformée en question écrite.

Il a été convenu avec votre cabinet que des questions seraient posées au cours de notre réunion du mercredi 7 février.

Je verrai avec Mme Anne Dedry s'il faut transformer ses questions ou les reporter, car elle a fait une chute à vélo.

*La réunion publique de commission est levée à 15.00 heures.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.00 uur.*