



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

Dinsdag

06-03-2018

Namiddag

Mardi

06-03-2018

Après-midi

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

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

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

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen, en het testen ervan" (nr. 21598)	1
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de toepassing van het koninklijk besluit van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen" (nr. 23226)	1
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitbreiding van de terugbetaling van geneesmiddelen op basis van cannabis en de studies over medicinale cannabis" (nr. 23227)	1
<i>Sprekers: André Frédéric, Véronique Caprasse, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van hoorapparaten" (nr. 22172)	4
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	6
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zonnebanken" (nr. 22173)	6
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zonnebanken" (nr. 22465)	6
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	9
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva bij jongeren" (nr. 22184)	9
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "antidepressiva bij jongeren" (nr. 22413)	9
<i>Sprekers: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	12
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het protest van de zelfstandige verpleegkundigen tegen de verplichte controle van de identiteit van de patiënten bij de toepassing van de derde-betalersregeling" (nr. 22298)	12
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de	13

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques et le testing" (n° 21598)	1
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de l'application de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes, et soporifiques" (n° 23226)	1
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'extension du remboursement de médicaments à base de cannabis et les études afférentes au cannabis thérapeutique" (n° 23227)	1
<i>Orateurs: André Frédéric, Véronique Caprasse, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des appareils auditifs" (n° 22172)	5
<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	6
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bancs solaires" (n° 22173)	6
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bancs solaires" (n° 22465)	6
<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	9
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs chez les jeunes" (n° 22184)	9
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les antidépresseurs chez les jeunes" (n° 22413)	9
<i>Orateurs: Karin Jiroflée, Anne Dedry, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	12
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la colère des infirmiers indépendants à la suite de l'obligation de vérifier l'identité des patients lors de l'application du tiers-payant" (n° 22298)	12
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les	12

problemen in de thuisverpleging ten gevolge van het verplichte inlezen van de identiteitskaart van patiënten" (nr. 24076)

Sprekers: **Daniel Senesael, Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

problèmes liés à la mise en œuvre de l'obligation de lecture de la carte d'identité électronique des patients dans le cadre des soins infirmiers à domicile" (n° 24076)

Orateurs: **Daniel Senesael, Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Samengevoegde vragen van
- de heer Philippe Pivin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de spreiding van de artsen in het Brussels Gewest" (nr. 22323)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PlanCAD" (nr. 23086)

Sprekers: **Nathalie Muylle, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Questions jointes de
- M. Philippe Pivin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la répartition des médecins en Région bruxelloise" (n° 22323)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "PlanCAD" (n° 23086)

Orateurs: **Nathalie Muylle, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de thuisbehandeling met antibiotica" (nr. 22389)

Sprekers: **Ine Somers, Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement antibiotique à domicile" (n° 22389)

Orateurs: **Ine Somers, Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vergoeding van de medische kosten voor levende orgaandonoren" (nr. 22469)

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des frais médicaux pour les donneurs vivants d'organes" (n° 22469)

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitsluiting van verpleegkundigen uit farmacologische congressen" (nr. 22491)

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

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exclusion des infirmiers(ères) hors des congrès pharmacologiques" (n° 22491)

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

Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervormingen van de terugbetaling van medische implantaten" (nr. 22494)

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

Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réformes du remboursement des implants médicaux" (n° 22494)

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

Samengevoegde vragen van
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van het neutrale sigarettenpakje" (nr. 22521)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van neutrale sigarettenpakjes" (nr. 22657)

Sprekers: **Els Van Hoof, Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Maggie De**

Questions jointes de
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation du paquet de cigarettes neutre" (n° 22521)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'introduction du paquet de cigarettes neutre" (n° 22657)

Orateurs: **Els Van Hoof, Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Maggie De Block**,

Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	29	Questions jointes de	30
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum in Opglabbeek" (nr. 22522)	29	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale d'Opglabbeek" (n° 22522)	30
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum in Hoboken" (nr. 22523)	29	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale de Hoboken" (n° 22523)	30
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 22528)	29	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 22528)	30
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de audit van de wijkgezondheidscentra door KPMG" (nr. 23101)	29	- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23101)	30
- de heer Raoul Hedeboom aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de audit van de wijkgezondheidscentra door KPMG" (nr. 23102)	29	- M. Raoul Hedeboom à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23102)	30
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van KPMG over de medische huizen" (nr. 23178)	29	- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23178)	30
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van de medische huizen" (nr. 23207)	30	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales" (n° 23207)	30
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opheffing van het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 23218)	30	- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la levée du moratoire sur les maisons médicales" (n° 23218)	30
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KPMG-audit van de wijkgezondheidscentra" (nr. 24043)	30	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit KPMG des maisons médicales" (n° 24043)	30
Sprekers: Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Daniel Senesael, Muriel Gerkens		Orateurs: Yoleen Van Camp, Nathalie Muylle, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Daniel Senesael, Muriel Gerkens	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbeteren van de toegang tot innovatieve therapieën" (nr. 22524)	38	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration de l'accès aux thérapies innovantes" (n° 22524)	38
Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de verpleegkunde-opleidingen, de banaba's en postgraduaten" (nr. 22525)	40	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des formations en soins infirmiers, les bacs post-bac et les formations de postgraduat" (n° 22525)	40
Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de te hoge prijs van medische hulpmiddelen" (nr. 22527)	42	Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le prix trop élevé des dispositifs médicaux" (n° 22527)	42

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

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 6 MAART 2018

Namiddag

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

du

MARDI 6 MARS 2018

Après-midi

Le développement des questions commence à 14.39 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

De behandeling van de vragen vangt aan om 14.39 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Questions jointes de

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques et le testing" (n° 21598)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences de l'application de l'arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes, et soporifiques" (n° 23226)

- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'extension du remboursement de médicaments à base de cannabis et les études afférentes au cannabis thérapeutique" (n° 23227)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het koninklijk besluit van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen, en het testen ervan" (nr. 21598)

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevolgen van de toepassing van het koninklijk besluit van 6 september 2017 houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen" (nr. 23226)

- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitbreiding van de terugbetaling van geneesmiddelen op basis van cannabis en de studies over medicinale cannabis" (nr. 23227)

01.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, cette question a déjà été déposée en octobre 2017. Mme Caprasse en a demandé le report à deux reprises pour cause de maladie. Par savoir-vivre, j'ai accepté. Ne vous énervez pas dès la première des 90 questions qui vont sont adressées aujourd'hui. Je ne voulais pas dire du mal de vous!

Je reviens sur l'adoption de l'arrêté royal du 6 septembre 2017, réglementant les substances stupéfiantes, psychotropes et soporifiques. À la lecture de celui-ci et plus particulièrement des articles 6 paragraphes 3 et 8, il semblerait que le *testing* de drogues ne soit plus autorisé. En effet, alors que des autorisations sont permises quant à la fourniture ou la culture, la question demeure pour le transport et la détention de produits et donc plus particulièrement

01.01 André Frédéric (PS): De lezing van het koninklijk besluit houdende regeling van verdovende middelen, psychotrope stoffen leidt tot het besluit dat het testen van drugs niet langer toegelaten is. Dat er eind wordt gemaakt aan die tests, waarmee kan worden nagegaan of de producten niet met gevaarlijke chemische stoffen versneden zijn, zou een stap achteruit zijn op het vlak van volksgezondheid en risicopreventie.

pour le *testing*.

Si ces tests, permettant aux usagers de venir vérifier si les produits ne sont pas coupés avec des substances chimiques dangereuses, deviennent interdits, il s'agirait d'un recul en matière de santé publique et de prévention des risques. On sait, en effet, qu'aujourd'hui, de nombreux produits inconnus sont ajoutés et mélangés avec de nouvelles substances chimiques dangereuses et que ces vérifications permettent de les identifier et, dans certains cas, de véritablement prévenir les risques.

Quelles sont les conséquences de cet arrêté royal sur le *testing*? Est-il encore légal? Sera-t-il toujours possible d'envoyer les produits au laboratoire? Le cas échéant, à quelles conditions?

01.02 Véronique Caprassé (DéFI): Madame la présidente, je voudrais remercier mon collègue Frédéric d'avoir accepté de reporter sa question. Je ne suis pas encore tout à fait en forme, mais suis venue parce que je tenais à intervenir aujourd'hui. Merci également, madame la ministre.

L'arrêté royal dont question sous objet, publié au Moniteur belge du 26 septembre dernier, a été adopté, si je m'en réfère au secteur concerné, sans concertation préalable avec la société civile, a confirmé que toute production notamment de cannabis est prohibée et non autorisée (article 6) et met fin à la tolérance quant à la possession d'au plus trois grammes de cannabis par un majeur qui était admise conformément à une circulaire des procureurs généraux du 21 décembre 2005.

L'article 6, § 2 de cet arrêté stipule que "la culture de plants de cannabis (...) est interdite et ne peut être autorisée", ce qui signifie que la possession de plants de cannabis n'est donc plus tolérée, avec pour conséquence sur un plan plus sociétal que la création de *cannabis social clubs* – dont on parle assez régulièrement dans la presse – ne peut être envisagée.

Madame la ministre, comment est conciliée l'application de l'arrêté avec celle de la circulaire des procureurs généraux? Il y a un risque d'insécurité juridique. En vertu de cet arrêté, n'y a-t-il actuellement aucune possibilité légale ou réglementaire de *cannabis social clubs*, qui existent pourtant dans d'autres pays? Pourquoi, en amont de l'adoption de cet arrêté, les associations du secteur qui viennent en aide aux toxicomanes n'ont-elles pas été consultées?

Ma deuxième question concerne l'extension du remboursement de médicaments à base de cannabis et les études afférentes au cannabis thérapeutique.

L'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs THC (tétrahydrocannabinols) interdit formellement la délivrance de cannabis à des fins médicales en Belgique. Toutefois, la délivrance de médicaments à base de cannabis est autorisée, tels le Sativex. Le Sativex est surtout utilisé dans le traitement des douleurs agressives dues à la sclérose en plaques et est uniquement remboursé dans cette hypothèse et en cas de délivrance par le pharmacien hospitalier sur prescription d'un neurologue. Son efficacité a été en tout cas démontrée.

Is het testen van drugs vandaag nog wettelijk?

01.02 Véronique Caprassé (DéFI): Het koninklijk besluit, dat zonder voorafgaand overleg werd aangenomen, bevestigt het volledige verbod op het telen van cannabis en maakt een einde aan het gedoogbeleid inzake het bezit van maximum 3 gram cannabis door een meerderjarige persoon.

Hoe valt het koninklijk besluit te rijmen met de betreffende omzendbrief van de procureurs-generaal? Kunnen er op grond van het koninklijk besluit nog Cannabis Social Clubs worden opgericht? Waarom werden de hulpverleningsverenigingen voor drugs-verslaafden niet geraadpleegd?

Op grond van het koninklijk besluit tot het reglementeren van producten die één of meer tetrahydrocannabinolen bevatten is het overigens formeel verboden cannabis af te leveren voor medische doeleinden, maar mogen wel cannabishoudende geneesmiddelen worden afgeleverd. Een voorbeeld hiervan is Sativex, dat wordt terugbetaald voor multiple sclerose.

In de wet betreffende de rechten van de patiënt is bepaald dat elkeen de meest aangepaste zorg moet krijgen, onder andere om de pijn te verzachten. Het verbod op verdovende middelen mag dit recht niet in de weg staan.

Zal de terugbetaling van Sativex worden verruimd naar pijn-

Selon mes informations, le Sativex n'est pas remboursé pour les douleurs liées au cancer, bien que des études soient menées sur le sujet. Par ailleurs, la possibilité de délivrer du cannabis médical au sein de l'officine est également à l'étude sur base d'un avis de la Commission pour les médicaments à usage humain (CMH).

Sans être une spécialiste sur le plan médical, mais attentive à la souffrance d'autrui, je rappelle que l'article 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient stipule que "toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur". Nous sommes peut-être dans le cadre d'un conflit de législations mais je crois que c'est une mission essentielle de santé publique que de permettre de pouvoir soulager au mieux les douleurs des patients, sans préjudice de l'interdiction d'utilisation de substances stupéfiantes.

Madame la ministre, est-il envisagé d'élargir le remboursement du Sativex dans le cadre du traitement de la douleur pour d'autres pathologies graves telles que les cancers? L'étude relative à la délivrance du cannabis médical en officine est-elle en voie d'aboutissement? D'autres études relatives à l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques sont-elles actuellement menées dans notre pays?

01.03 **Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, chers collègues, j'ai appris que des préoccupations ont été soulevées concernant l'impact de l'arrêté royal du 6 septembre 2017, plus particulièrement au sujet de la plus-value qu'apporte le *testing* de substances psychotropes à la santé publique.

Je tiens à être très claire. Rien n'a été modifié par l'arrêté royal du 6 septembre 2017 qui régit le commerce légal des substances stupéfiantes et psychotropes. Une personne qui détient des substances obtenues illégalement telles que visées par cet arrêté royal commet donc toujours une infraction à la législation relative aux drogues. C'était le cas auparavant et cela reste toujours le cas. Par conséquent, cette personne n'a jamais pu soumettre une autorisation ni une prescription médicale pour la détention de ces substances.

Dans le cadre de la santé publique, je reconnais toutefois l'importance de pouvoir analyser le contenu des substances illicites qui sont achetées par le consommateur. S'il ressort des analyses que ce contenu est potentiellement dangereux, l'utilisateur peut être averti et le Belgian Early Warning System on Drugs de l'Institut scientifique de la Santé publique peut également transmettre une alerte pour, par exemple, avertir le secteur de la santé.

La législation relative aux drogues peut également être adaptée s'il s'avère que les substances dangereuses ne sont pas encore visées. C'est pourquoi j'ai par exemple prolongé l'autorisation en 2015 de l'asbl *Modus Vivendi* qui se charge du projet d'analyse de produits psychotropes – projet financé par la Communauté française – pour la détention et le transport temporaires de ces substances afin que ces dernières puissent être analysées par l'Institut scientifique de la Santé publique.

Cette possibilité d'autorisation est toujours prévue à l'article 7 de

behandeling bij andere ziekten, bijvoorbeeld kanker?

Is de studie inzake de aflevering van medicinale cannabis in de apotheek bijna rond?

Lopen er in ons land nog andere studies over cannabis als geneesmiddel?

01.03 **Minister Maggie De Block**: Er is onrust gerezen omtrent het testen van psychotrope stoffen. Het koninklijk besluit van 6 september 2017 wijzigt op dat vlak echter niets! Het regelt de wettelijke handel in verdovende middelen en psychotrope stoffen.

Een persoon die dergelijke stoffen op onwettige wijze in zijn bezit heeft, overtreedt nog steeds de drugswet. Niemand heeft ooit een vergunning of medische voorschrift kunnen voorleggen voor het bezit van die stoffen.

Uit het oogpunt van volksgezondheid erken ik dat het belangrijk is dergelijke verboden stoffen te analyseren. Indien de inhoud ervan potentieel gevaarlijk is, kan de gebruiker worden gewaarschuwd en kan het Belgian Early Warning System On Drugs alarm slaan. De drugswet kan zo nodig worden aangepast.

Om die reden verlengde ik in 2015 trouwens de vergunning van de vzw Modus Vivendi voor het tijdelijke bezit en het vervoer van psychotrope stoffen (in het raam

l'arrêté royal du 6 septembre 2017.

Madame Caprasse, j'en arrive à votre question concernant le Sativex. L'autorisation de mise sur le marché du Sativex ne reprend pas, dans ses indications, le traitement de la douleur en cas de cancer, mais bien en cas de sclérose en plaques.

Le Sativex est un traitement indiqué pour améliorer les symptômes des patients adultes atteints de spasticité modérée à sévère due à une sclérose en plaques, qui n'ont pas suffisamment répondu aux autres traitements antispastiques et chez qui un essai initial du traitement a démontré une amélioration cliniquement significative des symptômes liés à la spasticité. Il ne s'agit pas d'un antidouleur, mais d'un antispasmodique.

Toutefois, c'est au titulaire d'autorisation du médicament qu'il appartient d'introduire un dossier auprès de l'AFMPS pour demander une extension de l'indication motivée par des études cliniques dans ce domaine. L'AFMPS évaluera le dossier et établira, après analyse bénéfices-risques, si une telle demande est justifiée et si l'extension des indications peut être accordée. Le remboursement pour la nouvelle indication doit ensuite encore être évalué par l'INAMI.

Comme vous le savez, l'arrêté royal pour le Sativex – premier médicament basé sur le cannabis admis sur notre marché des médicaments – a été élaboré de telle sorte qu'il reste possible d'élargir le champ d'application. Selon certaines études, ce médicament aurait des effets pour une autre indication. Déjà en 2015, j'ai pris un arrêté royal ouvrant la porte aux nouveaux médicaments pouvant soulager le patient. Mais s'il n'y a pas de demande, c'est qu'il n'y a pas assez de preuves, raison pour laquelle il y a des hésitations quand il est question de faire une demande auprès de l'AFMPS.

Quoi qu'il en soit, il faut suivre la procédure relative aux médicaments.

01.04 André Frédéric (PS): Madame la ministre, j'ai eu une réponse rassurante quant à la préoccupation que j'ai exprimée. Je vous en remercie.

01.05 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, en ce qui concerne le problème du Sativex, j'entends que la porte reste ouverte si des études s'avéraient positives. C'est une bonne avancée. Je vous remercie pour vos réponses.

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

La **présidente**: Mme Barbara Pas est absente, sa question n° 22096 est supprimée.

02 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van hoorapparaten" (nr. 22172)**

02 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des appareils auditifs" (n° 22172)**

van een door de Franse Gemeenschap gefinancierd project), met de bedoeling ze door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid te laten analyseren.

Artikel 7 van het koninklijk besluit voorziet nog altijd in de mogelijkheid om een dergelijke vergunning toe te kennen.

In de vergunning voor het in de handel brengen van Sativex wordt 'pijnbestrijding' niet als indicatie vermeld. Het middel is bestemd voor volwassen patiënten met matige tot ernstige spasticiteit als gevolg van multiple sclerose (MS) die niet adequaat gereageerd hebben op andere behandelingen en die tijdens een proefbehandeling met het middel een verbetering hebben laten zien.

De houder van de vergunning om het geneesmiddel in de handel te brengen moet een dossier indienen bij het fagg om een uitbreiding van de indicatie aan te vragen op grond van klinische studies. Vervolgens moet het RIZIV zich buigen over de eventuele terugbetaling.

Als er nog geen aanvraag werd ingediend bij het fagg, wil dat zeggen dat er nog niet genoeg bewijs is.

01.04 André Frédéric (PS): De minister heeft me gerustgesteld.

01.05 Véronique Caprasse (DéFI): U laat de deur op een kier voor het wetenschappelijke bewijs van de positieve effecten van Sativex. Ik dank u daarvoor.

02.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, om te beginnen doe ik opmerken dat de vragen die gaan volgen misschien wat gedateerd zijn, maar deze niet; deze is nog steeds actueel.

Slechthorende personen kunnen om de vijf jaar een beroep doen op de terugbetaling van hun hoorapparaten. Daarbij wordt uitgegaan van een minimumlevensduur van vijf jaar van een hoorapparaat. Uiteraard zijn er patiënten die een apparaat nodig hebben voor beide oren. Mogelijk gaat het apparaat van het ene oor sneller stuk dan het andere. Deze patiënten moeten zich echter een nieuw apparaat aanschaffen voor beide oren, willen zij aanspraak maken op de terugbetaling, ook al functioneert één van beide apparaten nog prima.

Mevrouw de minister, is het niet zo dat op die manier goedwerkende toestellen naar de prullenmand worden verwezen en patiënten op kosten worden gejaagd? Ook voor de ziekteverzekering is dit een verspilling. Kan er misschien een flexibeler systeem worden ontwikkeld waarbij patiënten ook aan één oor een hoorapparaat kunnen vervangen en kunnen genieten van de terugbetaling ervan? Wat is uw visie?

02.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, als een hoortoestel afgeleverd wordt, verwacht men inderdaad dat het gedurende vijf jaar blijft functioneren, bij normaal gebruik en onderhoud. Indien één hoortoestel van een stereofonische aanpassing stukgaat na de hernieuwingstermijn van vijf jaar, wordt de patiënt aangeraden een nieuwe stereofonische toerusting te nemen. Naar verluidt wordt dit aangeraden omwille van de sterke technologische vernieuwingen en omdat beide hoortoestellen correct met elkaar moeten communiceren op hetzelfde technologische niveau. Indien beide toestellen niet correct samenwerken of dezelfde werking hebben, kan een verslechtering van het gehoor optreden.

Om die reden werd in de nomenclatuur een regel opgenomen die het onmogelijk maakt een vergoeding te krijgen voor een tweede hoortoestel boven op een monofonische toerusting indien de rechthebbende op het moment van aflevering reeds in aanmerking kwam voor een stereofonische toerusting.

Het gaat hier dus om technische redenen. De hoortoestellen worden steeds meer en sneller gesofisticeerd, en functioneren anders. Het is nodig dat beide hoorapparaten met elkaar kunnen blijven communiceren, anders zou het gehoor veleer gestoord worden en achteruitgaan.

02.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik had inderdaad al begrepen dat dit zo was en ik kan mij dat ook wel voorstellen. Daar staat echter tegenover dat mensen die al een zekere leeftijd hebben bereikt en die over heel eenvoudige toestellen beschikken, zich niet graag supersnuffjes aanschaffen. Het zou vrij eenvoudig zijn om de gewone basisvoorziening aan één kant te vervangen, zo heb ik mij althans laten vertellen. Ik pleit ervoor om daarover na te denken. Degenen die een eenvoudig hoortoestel gebruiken, zijn precies zij die geen geld overhebben om zich telkens opnieuw twee toestellen aan te schaffen als dat nog niet strikt noodzakelijk is. Daarom pleit ik ervoor

02.01 Karin Jiroflée (sp.a): Les malentendants peuvent bénéficier du remboursement de leurs appareils auditifs tous les cinq ans. Certains patients ont besoin d'un appareil pour les deux oreilles. Pour prétendre au remboursement de leur dispositif, ils doivent acheter un nouvel appareil pour les deux oreilles, même si l'un des deux fonctionne encore parfaitement. Les patients sont ainsi obligés de réaliser des dépenses supplémentaires.

Ne s'agit-il pas d'une forme de gaspillage? Ne pourrait-on pas développer un système de remboursement plus flexible?

02.02 Maggie De Block, ministre: Le remplacement des deux appareils est recommandé en raison des fortes avancées technologiques observées dans ce secteur et de la nécessité de disposer de deux dispositifs d'un niveau technologique identique en vue d'assurer une communication correcte entre les deux. L'acuité auditive du patient risque de se dégrader si les deux appareils ne sont pas connectés correctement ou ne fonctionnent pas de la même manière. Une règle a dès lors été instaurée dans la nomenclature pour rendre impossible toute subvention pour un deuxième appareil auditif à installer avec un équipement monophonique si le bénéficiaire pouvait déjà prétendre à un dispositif stéréophonique au moment de la livraison.

02.03 Karin Jiroflée (sp.a): Les personnes âgées équipées d'appareils auditifs très simples rechignent à acquérir de nouveaux gadgets ou n'ont tout simplement pas les moyens financiers pour acheter à chaque fois deux appareils si cela n'est pas encore réellement nécessaire. Il est assez simple de remplacer les pièces de

om de specifieke situatie na te gaan van hoogbejaarde mensen die daar zelf om vragen.

base pour un seul appareil. Je demande que la situation particulière des personnes très âgées qui demandent ce remplacement soit examinée.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zonnebanken" (nr. 22173)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zonnebanken" (nr. 22465)

03 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bancs solaires" (n° 22173)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bancs solaires" (n° 22465)

03.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, deze vraag werd al enige tijd geleden ingediend. Ik heb minister Peeters hierover ook al ondervraagd.

De Hoge Gezondheidsraad pleit voor de afschaffing van zonnebanken omwille van diverse redenen. Er is wetenschappelijk bewezen dat blootstelling aan uv-stralen huidkanker en andere huid- en oogziekten kan veroorzaken.

Volgens de Hoge Gezondheidsraad zou een preventiecampagne tegen huidkanker en het totale verbod op zonnebankgebruik kunnen resulteren in de preventie van bijna zesduizend sterfgevallen gedurende vijftig jaar. Ook de kosten van de openbare gezondheidszorg zouden met 227,7 miljoen euro kunnen worden verminderd door een sensibiliseringscampagne en met 238 miljoen euro door een totaalverbod op zonnebanken.

De zonnebank blijft voor sommigen echter een hardnekkige gewoonte. Controles van zonnebankcentra tonen aan dat slechts weinigen in orde zijn en accurate info aanbieden aan de consument. Sommige mensen ontwikkelen zelfs een pathologische verslaving aan de zonnebank.

Belangrijk is erop te wijzen dat er geen veilige blootstellingslimiet aan uv-stralen kan worden opgesteld omdat er geen drempelniveau bestaat waarbij huidkanker ontstaat.

Minister Peeters wil de zonnebankcentra verplichten een huidmeetapparaat te installeren waarbij het huidtype kan worden bepaald. Is dat niet het geval, dan zullen de uitbaters de gebruikers naar de dokter moeten sturen voor een attest.

Mevrouw de minister, ik kan mij moeilijk voorstellen dat een arts zo'n attest wil voorschrijven, wetende dat de gezondheid van de patiënt ernstig gevaar kan lopen, wetende ook dat er geen drempelwaarde bestaat waarbij huidkanker ontstaat. Wie gaat zoiets voorschrijven?

Minister Peeters heeft mij ten dele naar u doorverwezen. Vandaar

03.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Le Conseil Supérieur de la Santé préconise l'interdiction des bancs solaires. La science a établi que les rayons UV peuvent provoquer le cancer de la peau et d'autres maladies. Dès lors qu'il n'existe pas de seuil pour le développement des cancers cutanés, il est impossible de fixer une limite d'exposition aux rayonnements UV qui soit sûre.

Le ministre Peeters souhaite à présent obliger les centres de bronzage à installer un appareil destiné à déterminer le type de peau. À défaut de cet équipement, les clients devront produire une attestation médicale avant de pouvoir s'allonger sur le banc solaire. Mais quel médecin acceptera de délivrer une attestation exposant son patient au risque de développer un cancer?

La ministre va-t-elle tenter d'amener son collègue à revoir sa position? Compte-t-elle prendre, de son côté, des mesures pour lutter contre l'utilisation des bancs solaires?

mijn vragen, mevrouw de minister.

Plant u nog overleg met minister Peeters om hem op andere gedachten te brengen? Het advies van de Hoge Gezondheidsraad is toch klaar en duidelijk? Plant u andere maatregelen om het gebruik van zonnebanken in te perken of te verbieden?

03.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag sluit daarop aan. Ook ik heb reeds vragen gesteld aan minister Peeters. De inhoud van mijn vraag is dezelfde als de vraag van collega Jiroflée.

Ik stel vragen over het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Wat zult u met dat advies doen?

Ook heb ik dezelfde vragen als mijn collega over het huidmeetapparaat, over de relatie van dat apparaat met artsen en over de wijze waarop artsen daarop al dan niet zullen inspelen om mogelijk een attest te verstrekken aan een patiënt en aan een hen onbekend zonnebankcentrum.

Mevrouw de minister, wat is uw mening over het idee van minister Peeters? Werd dat doorgesproken binnen de regering of gaat het om een persoonlijk ballonnetje?

Hebt u over dat dossier nog overleg gehad? Onze vragen zijn namelijk al een tijdje oud.

Zult u uw collega Peeters op andere gedachten proberen te brengen of hebt u dat al gedaan? Ik vind nog altijd dat het uw taak is als minister van Volksgezondheid om het advies van de Hoge Gezondheidsraad te volgen en zonnebankcentra gewoonweg te verbieden.

Staan er verder nog maatregelen gepland om aan de slag te gaan met het advies van de Hoge Gezondheidsraad en om iets te doen aan het voorkomen van gezondheidsproblemen ten gevolge van het gebruik van zonnebanken?

03.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, de vragen omtrent deze problematiek dateren al van enige tijd geleden. Ik heb ondertussen echter vernomen dat het nog helemaal niet zover is. Na voortschrijdend inzicht is minister Peeters zich toch wel bewust van het feit dat artsen wel andere zaken te doen hebben dan het afleveren van getuigschriften aan patiënten om voor te schrijven of zij al dan niet onder de zonnebank mogen gaan.

Zoals u aanhaalt, is er het koninklijk besluit van 24 september tot bepaling van de voorwaarden voor de uitbating van zonnecentra, gepubliceerd op 2 oktober 2017. Artikel 9 van dat koninklijk besluit legt vast dat een zonnecentrum een consument enkel mag toelaten gebruik te maken van een zonnebank op voorwaarde dat die consument meerderjarig is en hij of zij geen huidtype 1 heeft.

Dit huidtype kan alleen worden vastgesteld door een arts in een medisch getuigschrift of gezamenlijk worden bepaald door de onthaalverantwoordelijke van het zonnecentrum en de consument, op voorwaarde dat het zonnecentrum ook een toestel heeft dat de

03.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Quelle suite la ministre réservera-t-elle à l'avis rendu par le Conseil Supérieur de la Santé? Quelle est sa position face à la proposition faite par M. Peeters? Des mesures sont-elles prévues en vue de lutter contre les problèmes de santé dus à l'utilisation de bancs solaires?

03.03 Maggie De Block, ministre: M. Peeters a fini par comprendre que les médecins avaient mieux à faire que prescrire des attestations pour l'utilisation de bancs solaires.

En vertu de l'arrêté royal du 2 octobre 2017, les centres de bronzage peuvent accueillir toute personne majeure qui n'a pas un type de peau 1. Ce type de peau ne peut être constaté que par le biais de l'attestation d'un médecin ou au moyen d'un appareil mesurant la sensibilité de la peau dans un solarium. Il appartient au ministre des Consommateurs de fixer les conditions d'exploitation

huidgevoeligheid van de consument kan bepalen.

Het klopt inderdaad dat dit een bevoegdheid is van de minister van Economie. Hij is bevoegd om uitbatingsvoorwaarden voor zonnebankcentra vast te stellen, om de controles daarop te organiseren en om eventuele sancties te bepalen. Dit dossier is nog in beweging en de heer Peeters zal wel weten dat een deel van de kritiek moet worden meegenomen in de besluitvorming.

Als u mij als minister van Volksgezondheid vraagt wie er veilig zonnestraling op zijn huid kan krijgen, dan is mijn antwoord: niemand. Dat gaat zowel op voor de gebruikers van zonnebanken als voor diegenen die de hele dag op een handdoek in de zon liggen, waar ook op deze planeet. Er zijn steeds meer melanomen omdat mensen meer aan de zon worden blootgesteld. Onze generatie zoekt immers meer de zon op, om te skiën of in warmere landen. De mensen worden nu dus veel meer aan de zon blootgesteld dan de vorige generaties.

Als minister van Volksgezondheid raad ik mensen dus aan om in de schaduw te blijven, hun huid te beschermen en te trachten om te veel blootstelling aan de zon te vermijden. We weten immers dat melanomen niet altijd worden opgemerkt en snel uitzaaien. Er bestaan trouwens ook ongekleurde melanomen die men zelfs niet ziet, maar waarna men toch geconfronteerd wordt met een gemetastaseerd melanoom. Ik zou daar dus heel voorzichtig mee zijn. Dat is natuurlijk de verantwoordelijkheid van eenieder.

Laten we hopen dat het opnieuw mode wordt dat iedereen een blanke huid heeft of de huid die hem of haar op natuurlijke wijze is toebedeeld. Er zijn tijden geweest waarin men talkpoeder gebruikte om blanker te lijken. Alles komt immers terug. De rubensiaanse dames zijn ook terug, zij het nog niet in *Humo*, waar het Michelinvrouwtjes zijn. Ik verkies echter de rubensiaanse dames. Zij waren niet alleen rond, ze waren ook wit.

03.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, wij komen er nog.

Ik ben zelf helaas een ervaringsdeskundige op dat vlak. Men heeft bij mij om die reden een melanoom moeten uithalen. Ik heb daaraan een groot litteken op mijn been overgehouden. Ik ben sindsdien enorm fier op mijn witte huid. Ik zou de parasolletjes willen aanraden die in vroegere tijden werden gedragen, om de huid te beschermen.

Mevrouw de minister, heuglijk is dat minister Peeters van voortschrijdend inzicht getuigt en dat het dossier nog in beweging is. Ik stel voor dat ik samen met de andere vraagsteller terug naar minister Peeters stap. Eerlijk gezegd, kunnen wij het niet maken nog langer met een beslissing te talmen.

Het is heel duidelijk. Er is ieder jaar ook een huidkankerdag. De huidartsen waarschuwen heel duidelijk. Wij weten allemaal heel goed dat het aartsgevaarlijk is. Daarom sluit ik mij aan bij mijn collega, die opmerkte dat het uw taak is om zulke zaken te verbieden.

Ik durf er dan ook heel sterk op aandringen dat u samen met minister Peeters naar een oplossing zoekt. Ik kan mij best voorstellen dat een

des centres de bronzage. Le dossier est en cours de traitement. M. Peeters sait qu'il doit tenir compte des critiques.

En ma qualité de ministre de la Santé publique, je précise que nul ne peut recevoir des rayons solaires sur sa peau en toute sécurité. Je recommande d'éviter au maximum toute exposition au soleil.

03.04 Karin Jiroflée (sp.a): Depuis l'exérèse d'un mélanome, je suis particulièrement fière d'arborer une peau blanche. Je suis ravie de la clairvoyance que semble manifester le ministre Peeters. Mais le moment de prendre une décision est venu. Même si ce dossier relève des attributions du ministre de l'Économie, il s'agit avant tout d'un problème de santé. J'ose donc espérer que la ministre de la Santé publique coopère à l'élaboration d'une solution. Pour ma part, celle-ci est très simple: les bancs solaires doivent être interdits.

en ander formeel gezien de bevoegdheid is van de minister van Economie. Het gaat hier, eerlijk gezegd, over gezondheid en over de bedreiging van de gezondheid in een zeer gevaarlijk, vergevorderd stadium. Ik dring er dus echt op aan dat u samen met minister Peeters naar oplossingen zoekt. Voor mij bestaat de oplossing erin die zaken in ons land te verbieden.

Wordt vervolgd.

03.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is inderdaad goed nieuws dat nog niets is beslist en dat minister Peeters van voortschrijdend inzicht getuigt.

Ik ga ervan uit dat u daarin een rol hebt gespeeld. Mocht hetzelfde gebeuren in het dossier van de pensioenrechten voor mantelzorgers, dan hadden wij alweer een stap vooruitgezet. Dat is echter een ander dossier.

Ik ben het uiteraard helemaal met u eens dat de gewone zon en hoe wij ons daarin gedragen, ook al erg is. U zegt ook dat het de verantwoordelijkheid van ieder van ons is, wat natuurlijk een liberale insteek is. Wij weten allebei dat er burgers zijn die op een aantal punten tegen zichzelf moeten worden beschermd. Dat is dan juist uw opdracht in uw hoedanigheid van minister van Volksgezondheid.

La **présidente**: C'est un problème de santé et de société.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consommation d'antidépresseurs chez les jeunes" (n° 22184)**

- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les antidépresseurs chez les jeunes" (n° 22413)**

04 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van antidepressiva bij jongeren" (nr. 22184)**

- **mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "antidepressiva bij jongeren" (nr. 22413)**

04.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, vorig jaar – ik ga ervan uit dat het over 2016 gaat, vermits deze vraag reeds dateert van november 2017 – zouden, volgens de recentste RIZIV-cijfers, ongeveer 17 600 Belgische tieners tussen elf en twintig jaar antidepressiva hebben geslikt. De grootste toename zit in de leeftijdscategorie van elf tot vijftien jaar, waarvoor er een stijging is van 8,4 % tegenover 2012, wat enorm is. Deze cijfers moeten een wake-upcall zijn voor artsen, maar ook voor onze maatschappij.

Specialisten zijn het er ondertussen over eens dat snel naar antidepressiva grijpen vaak weinig of geen effect heeft op heel jonge leeftijd. De eerste en voornaamste behandeling bij kinderen en jongeren met een depressie is therapie en pas in tweede instantie zou het voorschrijven van antidepressiva een optie kunnen zijn. Uit de cijfers blijkt echter dat slechts één op vier kinderen die antidepressiva gebruiken, ook daadwerkelijk therapie krijgt.

03.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Je suppose que la ministre De Block a contribué à amener son collègue Peeters vers une plus grande clairvoyance. Même si le choix de d'exposer au soleil demeure une responsabilité personnelle, il faut parfois protéger le consommateur contre lui-même. Cette mission incombe à la ministre de la Santé publique.

04.01 Karin Jiroflée (sp.a): En 2016, à peu près 17 600 adolescents belges âgés de onze à vingt ans ont consommé des antidépresseurs. La tranche d'âge où la consommation de ces médicaments a le plus augmenté se situe entre 11 et 15 ans. Selon les spécialistes, la prise d'antidépresseurs n'a guère ou pas d'effets sur les patients très jeunes. Le premier traitement, qui est aussi le plus important, est la thérapie. Pourtant, seul un quart des enfants qui consomment des antidépresseurs sont suivis par un thérapeute.

Mevrouw de minister, eigenlijk vraag ik hier opnieuw naar de stand van zaken. U hebt beloofd middelen vrij te maken vanaf eind dit jaar voor een betere terugbetaling van de psychologische zorg. Het zou over 22 miljoen euro gaan. Volgens mij mag dit alleen een begin zijn, want dat is slechts een druppel op een hete plaat, gezien de toenemende nood aan psychische zorg.

U laat trouwens ook weten dat er een richtlijn voor de aanpak van depressie voor huisartsen is uitgebracht.

Mevrouw de minister, ik kom tot mijn vragen.

Wat is de stand van zaken?

Neemt u, naast het toekennen van een budget, nog andere maatregelen om psychische zorg toegankelijker te maken?

Waaruit bestaat uw richtlijn voor de aanpak van depressie voor huisartsen?

Zal u ook het gebruik van antidepressiva bij tieners ontmoedigen? Op welke manier?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vragen gaan al een hele tijd mee.

Ik heb mogen vernemen van mijn collega in het Vlaams Parlement, Elke Van den Brandt, dat tijdens een debat over problemen inzake psychiatrie bij kinderen en jongeren de partij Groen het verwijt kreeg dat daarover amper vragen werden gesteld. Ik ben ervan overtuigd dat u dat op een Interministeriële Conferentie alvast kan rechtzetten bij minister Vandeurzen.

Verder heb ik dezelfde cijfers aangehaald als mijn collega Jiroflée. Ik zal ze hier niet allemaal herhalen. Veel te veel kinderen gebruiken antidepressiva, het gebruik ervan stijgt enzovoort. De knelpunten zijn duidelijk. Er rust nog altijd een taboe op psychische problemen en psychotherapie. Daarnaast is er ook plaatsgebrek en zijn er lange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. Wat de kostprijs van een bezoek aan de psycholoog betreft, zijn we nu op de goede weg.

Ik heb de volgende vragen.

Mevrouw de minister, welke stappen zult u ondernemen, naast het terugbetalen van de psycholoog, om deze hoge cijfers naar beneden te krijgen? Alleen het terugbetalen van de psycholoog zal niet voldoende zijn.

Wat staat er nog op de agenda om samen met uw collega's van de deelstaten te doen om tot een geïntegreerde aanpak te komen?

Hoe zult u ervoor zorgen dat jongeren die antidepressiva nemen, toch de weg vinden naar toegankelijke psychotherapie?

04.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, mevrouw Dedry, vooreerst een verduidelijking over de richtlijn "Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts". Zoals de titel meegeeft, gaat het hier om een richtlijn die zich op de doelgroep van volwassenen

La ministre entend améliorer le remboursement des soins psychiques. À cet égard, elle dégagerait un budget de 22 millions d'euros, ce qui constitue un modeste début.

Où en est ce dossier? Outre les mesures budgétaires, d'autres mesures sont-elles prévues pour faciliter l'accès aux soins psychiques? Quelles directives les médecins généralistes ont-ils reçues concernant la prise en charge de la dépression? La ministre compte-t-elle décourager la consommation d'antidépresseurs chez les adolescents?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Trop d'enfants prennent des antidépresseurs et la consommation de ces médicaments continue à augmenter. Les problèmes sont évidents: le tabou entourant les problèmes psychiques et la psychothérapie et le manque de places et les listes d'attente dans le secteur des soins de santé mentale.

Outre le remboursement des consultations chez le psychologue, quelles initiatives la ministre a-t-elle l'intention de prendre? Comment envisage-t-elle de mettre en place une approche intégrée avec ses collègues des entités fédérées? Comment fera-t-elle pour que les jeunes souffrant de problèmes psychiques se tournent vers une psychothérapie accessible?

04.03 Maggie De Block, ministre: La recommandation de bonne pratique relative à la dépression s'adresse aux

richt en niet op de doelgroep van kinderen en jongeren. Die richtlijn is dan ook specifiek gericht op de verschillende situaties bij volwassenen.

Verscheidene initiatieven inzake de toegankelijkheid en de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg zijn specifiek op jongeren gericht.

Ten eerste is er het platform van experts in psychofarmaca BelPEP, dat samengesteld werd met als doel een rationeel en adequaat gebruik van psychofarmaca in België te bevorderen. Dit platform buigt zich over het psychofarmacagebruik bij volwassenen, ouderen, kinderen en jongeren. Sinds 2017 worden de bevoegde administraties van de deelstaten eveneens bij deze besprekingen uitgenodigd. Dit was een lacune die we eindelijk hebben kunnen invullen. Door de zesde staatshervorming is de bevoegdheid bij de deelstaten komen te liggen, waardoor ze ook in dit platform moesten worden opgenomen.

Naast de werkgroep inzake het gebruik bij volwassenen is er ook een aparte werkgroep samengesteld voor het gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jongeren. Op mijn vraag zal daarin ook de problematiek van het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren worden opgenomen. Hoewel deze middelen niet voor kinderen geïndiceerd zijn, worden ze immers toch voorgeschreven.

Ten tweede leveren we in het kader van het nieuwe beleid inzake geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren inspanningen om kinderen en jongeren met psychische en/of psychiatrische problemen sneller en beter op te vangen en de gepaste begeleiding of zorg aan te bieden. Daarvoor is er vanuit het federaal niveau jaarlijks 28 miljoen euro extra recurrent ingebracht. In het samenspel van al deze betrokkenen en met de genoemde investering wordt er eveneens aandacht besteed aan een rationeel gebruik van antidepressiva.

Ook meerdere experts in dat domein werden aangesteld om gezamenlijk op een meer continue manier de kwaliteit van de zorg, de opvang en de begeleiding te verbeteren.

Nu kom ik tot het overleg met de deelstaten. Over psychofarmacagebruik vindt er regelmatig overleg plaats binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Zo staat het bepalen van synergieën in het beleid rond depressie opgelijst als prioriteit voor 2018. Ook het gebruik van antidepressiva door jongeren zal daarbij besproken worden; dat behoort dus eveneens tot de opdracht voor 2018.

Ten derde, de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen finaliseert momenteel de adviezen omtrent de klinisch psychologen en de klinisch orthopedagogen, zodat in de toekomst enkel klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen psychotherapie kunnen beoefenen. Dat zal ervoor zorgen dat de preventie, de diagnose en de behandeling op een kwalitatief hoogstaand niveau zullen kunnen plaatsvinden, zowel voor volwassenen als voor kinderen en jongeren.

Inzake de financiering bestaat er een uitgewerkte piste die momenteel bij de stakeholders wordt afgetoetst en waarvan wij mogen hopen dat ze inderdaad voor het einde van dit jaar in voege kan treden.

médecins généralistes et ne concerne que les adultes. Il existe, par ailleurs, plusieurs initiatives axées sur l'accès aux soins de santé mentale pour les jeunes et la qualité de ces soins.

Les experts en psychotropes de la plateforme BelPEP, dont l'objectif est de favoriser un usage rationnel et adéquat des médicaments psychoactifs en Belgique, analysent la consommation de ces produits dans tous les groupes de la population. Depuis 2017, les entités fédérées sont également invitées aux réunions de cette plateforme. Un groupe de travail se penche sur l'usage des psychotropes chez les adultes et un autre sur leur consommation chez les enfants et les jeunes. À ma demande, ce second groupe élargira son analyse à la consommation des antidépresseurs.

La nouvelle politique de santé mentale pour les enfants et les jeunes tend à améliorer et à accélérer la prise en charge des enfants et des jeunes atteints de troubles psychiques et/ou psychiatriques et à leur offrir des soins adaptés. Une attention particulière est aussi portée à la consommation rationnelle des antidépresseurs. Un budget supplémentaire de 28 millions d'euros a été alloué à cette politique par le gouvernement fédéral.

Des experts ont été désignés pour améliorer la qualité des soins, de la prise en charge et de l'accompagnement.

La consommation de psychotropes fait l'objet de concertations régulières au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. La mise en place de synergies dans la politique en matière de dépression et d'usage rationnel des antidépresseurs par les jeunes sont des priorités pour 2018.

Al die maatregelen zullen ongetwijfeld een invloed hebben op de problematiek die u schetst en waarvoor al lang om een aanpak gevraagd werd. Wij pakken dat stap voor stap aan op alle niveaus. De zesde staatshervorming en ook de voorgaande maken dat daartoe veel overleg en ook samenwerking met de deelstaten nodig is. In elke regio hebben wij een coördinator die ervoor zorgt dat elk kind en elke jongere op de gepaste manier wordt opgevangen. Gelet op het vertrekpunt, hebben we dus al een lang traject afgelegd, maar het is nog niet perfect. Zo glijpen er soms nog jongeren door de mazen van het net. Ook zijn er patiënten die zich niet willen laten behandelen. Het is eigen aan de mens om soms eens tegen zichzelf te vechten. Wij doen alleszins ons best om te zorgen voor een zo volledig mogelijke opvang voor die kwetsbare groep.

Le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale finalise actuellement les avis qui doivent faire en sorte qu'à l'avenir, seuls les psychologues cliniciens, les orthopédagogues cliniciens et les médecins pourront pratiquer la psychothérapie. Cette mesure doit améliorer la qualité des soins de santé mentale. Son financement est examiné en ce moment avec les parties prenantes et j'espère que le système pourra entrer en vigueur avant la fin de cette année.

Ces réformes auront une influence sur le problème de la consommation de psychotropes. La réforme de l'État nous oblige, pour chaque étape, à organiser une large concertation avec les entités fédérées. Même s'il reste encore du pain sur la planche, nous faisons l'impossible pour que chaque individu bénéficie des meilleurs soins.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister. Ik ben blij te horen dat u het probleem stap voor stap aanpakt. Dat is goed. Ik pleit alleen voor wat meer snelheid. Ik blijf ook bij het pleidooi dat ik in het verleden al een paar keer heb gehouden, namelijk dat de voorziene som voor de terugbetaling systematisch verhoogd zal moeten worden. Ik hoop in de loop van het komende jaar daarover nog verder te kunnen praten.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Je me réjouis des initiatives qui ont déjà été prises mais j'aurais préféré que les choses aillent plus vite. Je maintiens également que le budget destiné au remboursement de l'aide psychologique devra être revu à la hausse.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Het verheugt mij dat de samenwerking vlotter verloopt. Het gaat natuurlijk wel heel erg traag. Ik hoop dat het nog een versnelling hoger kan gaan.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Nous sommes sur la bonne voie mais j'espère que la coopération s'accélérera.

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

05 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la colère des infirmiers indépendants à la suite de l'obligation de vérifier l'identité des patients lors de l'application du tiers-payant" (n° 22298)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les problèmes liés à la mise en œuvre de l'obligation de lecture de la carte d'identité électronique des patients dans le cadre des soins infirmiers à domicile" (n° 24076)**

05 Samengevoegde vragen van

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het protest van de zelfstandige verpleegkundigen tegen de verplichte controle van de identiteit van de patiënten bij de toepassing van de derde-betalersregeling" (nr. 22298)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problemen in de thuisverpleging ten gevolge van het verplichte inlezen van de identiteitskaart van**

patiënten" (nr. 24076)

05.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, cette question remonte déjà à plusieurs semaines. Je vais donc l'actualiser quelque peu, si vous le permettez, madame la ministre.

Il est vrai que nous avons relayé, à un moment donné, l'inquiétude des infirmiers à domicile concernant l'obligation de vérification de l'identité des patients lors de l'application du tiers payant. Cette obligation a été mise en œuvre le 1^{er} octobre dernier. Les faits constatés sur le terrain ne vous donnaient pas tout à fait raison en fonction de ce que vous aviez préconisé.

La colère grondait chez les infirmières et infirmiers indépendants concernant plusieurs éléments d'observation. Le lecteur de cartes ne fonctionnait pas correctement, et une difficulté apparaissait lorsque la carte d'identité était périmée. Le logiciel connaissait des défaillances, les mutuelles refusaient la facturation de nombreuses prestations, pourtant correctement réalisées, et il y avait un retard de paiement pour ces infirmières et infirmiers.

Une question a été posée à ce sujet en séance plénière, à laquelle vous aviez déjà pu apporter des précisions, mais vous alliez aussi investiguer davantage.

L'INAMI devait procéder à une évaluation du système le 4 décembre dernier. Dès lors, madame la ministre, pourriez-vous faire le point sur cette évaluation? Qu'a-t-il été décidé? Quels suivis y avez-vous éventuellement réservés?

05.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, ma question sera courte car ce sont surtout vos réponses qui m'intéressent, après vous avoir déjà interrogée sur ce sujet à de très nombreuses reprises.

Après la constatation de nombreuses difficultés sur le terrain et votre refus de geler le dispositif de façon transitoire – à l'inverse, d'ailleurs, de ce que vous aviez permis pour les médecins –, vous aviez annoncé un monitoring et précisé que l'administration était en train de résoudre les problèmes rencontrés sur les logiciels.

Madame la ministre, où en sommes-nous donc aujourd'hui? Que montre le monitoring? Y a-t-il encore des difficultés d'encodage? Ou de paiement? Merci de refaire un petit état des lieux de l'évolution de ce dossier.

05.03 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, monsieur Senesael, comme cela a déjà été évoqué lors de l'intervention en séance plénière du 16 novembre 2017, je vous informe que l'obligation de vérification de l'identité du patient au moment de la prestation, lorsque le tiers payant est appliqué, a été instaurée par l'arrêté royal du 18 septembre 2015. Dans cet arrêté, il était déjà fait mention de la vérification de l'identité du patient via la lecture de la carte d'identité électronique lorsque les données sont transférées aux organismes assureurs via un réseau électronique.

Depuis lors, la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, a été informée de cette obligation et a

05.01 Daniel Senesael (PS): De thuisverpleegkundigen maakten zich zorgen over het feit dat ze sinds 1 oktober 2017 de identiteit van hun patiënten moeten controleren voor de toepassing van de derde-betaler. U minimaliseerde die ongerustheid, maar in de praktijk werken de kaartlezers niet altijd, hapert de software en weigeren de ziekenfondsen heel wat facturen te aanvaarden, waardoor de verpleegkundigen te laat worden betaald.

In de plenaire vergadering zei u dat u de kwestie zou onderzoeken. Het RIZIV zou op 4 december 2017 een evaluatie uitvoeren. Wat kwam er daaruit naar voren?

05.02 Catherine Fonck (cdH): Na heel wat praktische problemen en uw weigering om de regeling te bevroren hebt u een evaluatie aangekondigd. U zei eveneens dat de administratie de software-problemen zou oplossen.

Wat bleek er uit die evaluatie? Zijn de problemen opgelost?

05.03 Minister Maggie De Block: Bij het koninklijk besluit van 18 september 2015 wordt de verplichting ingesteld om in het kader van de overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstellingen de identiteit van de patiënt die in aanmerking komt voor de toepassing van de derde-betalersregeling te verifiëren met behulp van de e-ID-kaartlezer. De Overeenkomstencommissie

collaboré à l'instauration des règles y afférentes, reprises dans le règlement Soins de santé et indemnités du 3 octobre 2016.

Les organisations professionnelles du secteur, représentées en Commission de conventions, étaient donc impliquées relativement tôt dans la fixation des modalités pratiques et de la date de l'obligation. Depuis fin 2016, professionnels, organismes assureurs et citoyens ont été informés, notamment via plusieurs pages web du site de l'INAMI. Les fournisseurs de logiciels ont quant à eux été impliqués dans le processus d'intégration de cette obligation.

Cependant, malgré le bon déroulement de la mise en place de cette procédure, des problèmes sont apparus durant la mise en production, en octobre 2017. Si cette mesure est largement appliquée par les prestataires, il subsiste des problèmes de facturation et de paiement pour lesquels nous avons demandé une évaluation.

Le Comité de l'assurance a étudié, lors de sa réunion du 4 décembre, un rapport de 2017 sur la situation. Deux constats y ont été faits. Tout d'abord, la majorité des problèmes de facturation et de paiement impliquait deux fournisseurs de logiciels. Certains infirmiers utilisant ces logiciels auraient été dans une situation particulièrement délicate, puisqu'ils n'avaient reçu aucun paiement pour la période octobre-novembre.

Pour les autres infirmiers utilisant d'autres logiciels avec la carte d'identité des patients, aucun problème technique particulier ne se posait.

Face à cette situation, le Comité de l'assurance avait convenu ce qui suit. Tout d'abord, les mutualités allaient lever le plafond bloquant de 5 % d'erreurs dès qu'un rejet lié aux données de lecture du document d'identité était constaté dans la facturation et ce, jusqu'à la fin de l'année 2017. L'infirmier serait donc payé pour les prestations sans erreur.

Deuxièmement, les mutualités allaient établir un inventaire des infirmiers qui rencontraient encore des problèmes, c'est-à-dire les infirmiers qui avaient introduit une facturation mais n'avaient pas été payés et n'avaient reçu aucun paiement pour la période octobre-novembre. Après contact avec ces infirmiers, un acompte pouvait être versé, correspondant à 90 % du montant des factures ayant été complètement rejetées, mais cela devait rester l'exception. Une fois le problème de logiciel résolu, ces infirmiers devaient retransmettre une facturation correcte aux mutualités pour les mois d'octobre et de novembre.

Troisièmement, les mutualités allaient surveiller les logiciels "problématiques" et allaient être en mesure de tester davantage toutes les fonctionnalités, et cela jusqu'à ce que les problèmes soient résolus.

Quatrièmement, l'INAMI allait organiser une concertation avec les fournisseurs de logiciels problématiques, les représentants des infirmiers et ceux des mutualités pour déterminer les causes des problèmes de façon à éviter qu'ils ne se reproduisent. Dans les faits, le Collège Intermutualiste National a indiqué que le traitement des derniers fichiers des utilisateurs des logiciels problématiques, en date

verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen heeft meegewerkt aan de invoering van de nodige regels, die opgenomen zijn in de verordening betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 3 oktober 2016. De andere sectorale beroepsverenigingen die in die commissie vertegenwoordigd zijn, werden tijdig geïnformeerd over de modaliteiten en de toepassingstermijn. Vanaf eind 2016 heeft het RIZIV de burgers, de verzekeringsinstellingen en de zorgwerkers geïnformeerd. De softwareleveranciers werden al zeer vroeg bij de werkzaamheden betrokken.

De maatregel wordt op grote schaal toegepast door de zorgverstrekkers, maar er zijn nog altijd facturatie- en betalingsproblemen, waarvoor we een evaluatie hebben gevraagd. In december heeft het Verzekeringscomité op basis van het rapport van 2017 vastgesteld dat de oorzaak van de meeste problemen bij twee softwareleveranciers lag en dat de verpleegkundigen die die programma's gebruikten geen enkele betaling voor de maanden oktober en november hadden ontvangen.

Verpleegkundigen die andere software gebruiken, ondervonden geen problemen bij het inlezen van de identiteitskaart van de patiënt.

Met het Verzekeringscomité werd het volgende overeengekomen: de ziekenfondsen heffen het blokkerende plafond van 5 % fouten op zodra er verwerpingen voorkomen die verband houden met de gegevens van het inlezen van het identiteitsdocument; de ziekenfondsen maken een inventaris op van de verpleegkundigen die nog problemen hebben. Na contact met de verpleegkundige kan er een voorschot gestort worden; de ziekenfondsen moeten de softwarepakketten opvolgen; het

du 6 décembre, démontre une normalisation. L'Union nationale des mutualités socialistes a également fait savoir qu'elle avait procédé au paiement des acomptes le 7 décembre 2017 pour 199 infirmiers.

Une communication reprenant les conclusions d'évaluation et les initiatives, suite à la réunion du Comité de l'assurance du 4 décembre 2017, a été publiée sur le site web de l'INAMI, le lundi 11 décembre 2017.

Si l'on prend en compte les ajustements pratiques faits immédiatement après la mise en application de l'obligation de lecture, notamment les dérogations possibles à la lecture de la puce électronique, ainsi que les problèmes de paiement et de facturation, il est clair que la situation s'est normalisée. Nous ne recevons plus de plaintes non plus des infirmiers à domicile.

Pour le futur, l'INAMI et ses partenaires continueront leur travail pour encore simplifier les procédures. Un flux d'informations spécifique est instauré entre les organismes assureurs et l'INAMI pour suivre de près l'évaluation des mesures de lecture électronique.

Les infirmiers à domicile, par le biais de leurs organisations professionnelles, font toujours partie intégrante du processus d'analyse, de discussion et d'évaluation via la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs.

RIZIV moet een overleg organiseren tussen de betrokken leveranciers, de vertegenwoordigers van verpleegkundigen en de ziekenfondsen.

Volgens het Nationaal Inter-mutualistisch College is de situatie zich aan het normaliseren. Het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten heeft aan 199 verpleegkundigen een voorschot betaald.

Er werd op 11 december 2017 een mededeling gepubliceerd op de website van het RIZIV.

De situatie is genormaliseerd en we ontvangen geen klachten meer van thuisverpleegkundigen.

Het RIZIV en zijn partners zullen de procedure verder blijven vereenvoudigen. Er zal een specifieke informatiestroom worden ingevoerd om de evaluatie van de maatregelen inzake de elektronische identiteitscontrole van nabij op te volgen.

De thuisverpleegkundigen worden betrokken bij het analyse-, besprekings- en evaluatieproces.

05.04 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Cela confirme que l'évaluation faite par l'INAMI en date du 4 décembre a permis de montrer du doigt les dysfonctionnements des logiciels et des facturations, que vous avez mentionnés. Vous confirmez que la situation s'est normalisée au début de l'année 2018. L'INAMI procède à l'évaluation et essaie d'apporter les modifications éventuellement nécessaires pour que les infirmières et infirmiers puissent être payés dans les temps. Je pense en tout cas que ce dossier, qui avait mal débuté, trouve une issue plutôt favorable.

05.04 Daniel Senesael (PS): Dit dossier lijkt eindelijk een gunstigere afloop te kennen.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, vous avez refait toute l'histoire. Moi, je voulais me focaliser sur la réalité du terrain actuelle. J'entends ce que vous me dites, mais j'entends encore que des difficultés existent. Elles sont certes limitées, liées à certains logiciels. Mais ces difficultés persistent, avec une triple conséquence: des lourdeurs administratives avec des pertes de temps, des retards de paiement, et un coût non négligeable, puisque ce sont les infirmières elles-mêmes qui doivent payer ces logiciels, et payer également la vérification des encodages, si elles ne le font pas elles-mêmes.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Ik hoor in het veld nog berichten over problemen met bepaalde software, met administratieve rompslomp, betalingsachterstanden en kosten voor de verpleegkundigen tot gevolg.

Het koninklijk besluit was er pas twee dagen voor die verplichting voor de verpleegkundigen van kracht werd. Dat is erg laat! Indien

Il faut avoir le courage de tirer les leçons de ce dossier.

Ainsi, même si vous dites que les professionnels ont été informés depuis 2016, vous avez pris un arrêté royal tardivement dans la mesure où il a été pris l'avant-veille de l'entrée en vigueur de cette obligation auprès des infirmiers. Il fallait cet arrêté royal pour voir clair. L'avant-veille, ce n'est pas le bon moment.

Il y a aussi eu des difficultés parce que vous n'avez pas choisi de travailler avec quelques logiciels validés et préalablement préparés de manière à être disponibles à temps et de manière optimale. La situation actuelle aurait été évitée.

Autre leçon: vous avez accepté de temporiser avec des périodes transitoires reportées pour les médecins. Vous avez refusé de le faire pour les infirmières. Il en a résulté une gestion chaotique.

Pour demain, s'il y avait le même type de dossier à gérer, il faudrait le faire autrement. Il est évidemment important de lutter contre la fraude, mais il faut imposer un système efficace. Celui-ci était particulièrement bancal. Je le regrette et j'ose espérer que ceux et celles qui ont encore des difficultés sur le terrain en sortiront rapidement.

Merci, madame la ministre, de voir les choses autrement pour l'avenir.

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

06 Questions jointes de

- M. Philippe Pivin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la répartition des médecins en Région bruxelloise" (n° 22323)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "PlanCAD" (n° 23086)

06 Samengevoegde vragen van

- de heer Philippe Pivin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de spreiding van de artsen in het Brussels Gewest" (nr. 22323)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PlanCAD" (nr. 23086)

Le **président**: M. Pivin n'est pas présent.

06.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Onze collega had een vraag over de artsen. Mijn vraag gaat specifiek over de kinesisten, naar aanleiding van de nieuwe overeenkomst M18, die begin dit jaar werd gesloten en die bepaalt dat 40 tot 60 % moet toetreden tot de conventie. Via de kinesisten bereikte mij de vraag of dat vandaag wel op basis van een actuele lijst van actieve kinesisten kan worden gecontroleerd en hoever het staat met het medisch kadaster voor kinesisten in het kader van de medische programmatie.

De meest recente gegevenskoppeling voor de beroepsgroep van kinesisten was er een voor de periode 2004-2010. Toen was er ook de intentie om dat vaker en zelfs permanent te doen.

Kortom, hoe accuraat is de huidige lijst en hoe is het momenteel gesteld met de gegevenskoppeling via het medisch kadaster voor de kinesisten?

06.02 **Minister Maggie De Block**: In 2018 zullen de

u ervoor had geopteerd te werken met een aantal gevalideerde en tijdig beschikbare software-programma's hadden problemen kunnen worden voorkomen.

U stemde wel in met langere overgangperiodes voor de artsen, maar niet voor de verpleegkundigen. Dat leidde tot chaos.

We moeten ervoor zorgen dat zo iets niet meer gebeurt.

06.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): La nouvelle convention M18 négociée en début d'année stipule que 40 à 60 % des kinésithérapeutes doivent y adhérer.

Disposons-nous toutefois d'une liste à jour des kinésithérapeutes actifs pour contrôler le respect de cette clause? Où en est le PlanCAD ou cadastre médical des kinésithérapeutes dans le cadre de la programmation médicale?

06.02 **Maggie De Block**,

gegevenskoppelingen inderdaad achtereenvolgens worden uitgevoerd voor de volgende beroepsgroepen: kinesitherapeuten, logopedisten, verpleegkundigen, audiologen, audiciens, artsen en tandartsen. De resultaten van de nieuwe editie van de gegevenskoppeling van kinesitherapeuten zullen beschikbaar zijn midden 2018. Die van de gegevenskoppeling van artsen met gegevens voor de periode 2004-2016 zullen er pas zijn in het voorjaar van 2019.

De in de gegevenskoppelingen verzamelde gegevens, in combinatie met een geheel aan hypothesen uitgewerkt in werkgroepen van experts, worden ingevoerd in een wiskundig projectiemodel en vormen zo de basis van een reeks toekomstprojecties voor de twee taalgemeenschappen met betrekking tot de nodige *workforce* van verschillende beroepen en/of specialisten.

Zowel de eindrapporten van de verschillende gegevenskoppelingen als de uitgewerkte workforcetoekomstscenario's zijn raadpleegbaar op de website van de FOD. Het eindrapport bevat 36 onderdelen waarvan er één gewijd is aan de situatie van de huisartsgeneeskunde in België.

Het betreft hier een omvangrijk werk. Om de gegevenskoppeling uit te voeren, moeten de gegevens eerst volledig zijn. Ik hoop u niet te herhalen dat het niet evident is om alle gegevens meteen beschikbaar te hebben.

Alleszins moet dat gebeuren in het geïnstalleerde wiskundig projectiemodel. Wij zijn dus samen in blijde verwachting.

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

07 **Vraag van mevrouw Ine Somers aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de thuisbehandeling met antibiotica" (nr. 22389)**

07 **Question de Mme Ine Somers à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement antibiotique à domicile" (n° 22389)**

07.01 **Ine Somers** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het kader van de thuishospitalisatie hebben zes van de twaalf proefprojecten betrekking op antibioticatherapie. Deze proefprojecten dienen te onderzoeken of het mogelijk is antibioticakuren via infuus in een thuissituatie op een kwalitatieve wijze toe te dienen. Indien deze proefprojecten succesvol blijken, zouden heel wat hospitalisaties in de toekomst vermeden kunnen worden.

Wij stellen vast dat bij de uitvoering van die proefprojecten overeenkomsten worden gesloten tussen ziekenhuizen en bepaalde thuisverplegingsdiensten. Hierdoor kunnen patiënten zo'n therapie exclusief door deze diensten toegepast krijgen. Het betekent echter ook dat patiënten die reeds een beroep deden op thuisverpleging, geen beroep kunnen doen op hun vertrouwde thuisverpleegkundige. Ze worden geconfronteerd met een dienst voor thuisverpleegkundigen die zij eigenlijk niet wensen. De vrije keuze van de patiënt komt op die manier in het gedrang. Hiernaast ontstaat tevens de indruk dat ziekenhuizen systematisch zelfstandige verpleegkundigen uitsluiten van deze zorgmogelijkheid, terwijl de flexibiliteit van zelfstandige verpleegkundigen vaak veel beter tegemoetkomt aan de noden van

ministre: Les couplages des données seront en effet également réalisés cette année pour les kinésithérapeutes, ce qui représente un travail considérable. Ces données seront disponibles à la mi-2018. Celles relatives au couplage des données des médecins ne le seront qu'au printemps 2019.

Ces données, combinées à diverses hypothèses développées par des experts dans des groupes de travail constitueront le socle d'une série de prévisions pour les deux communautés linguistiques, destinées à déterminer l'effectif nécessaire pour différentes professions et spécialités. Toutes ces informations pourront être consultées sur le site internet du SPF. Le rapport final est subdivisé en 36 parties, dont une consacrée à la situation de la médecine générale en Belgique.

07.01 **Ine Somers** (Open Vld): Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, des projets pilotes en matière d'antibiothérapie sont en cours pour vérifier s'il est possible de mener à bien, dans ces conditions, des cures d'antibiotiques par perfusion. En cas de résultat favorable, il devrait être possible d'éviter à l'avenir un très grand nombre d'hospitalisations.

Dans le cadre de la réalisation de ces projets pilotes, des accords sont conclus entre des hôpitaux et certains services de soins à domicile. Cela implique que des patients ayant déjà eu recours auparavant à de tels services devront se passer de leur infirmier habituel. La liberté de choix du

de patiënt.

Vandaar heb ik de volgende vragen.

Is het sluiten van overeenkomsten tussen ziekenhuizen en diensten voor thuisverpleging voor het exclusief toedienen van antibiotica via infuus door deze diensten toegelaten? Zo ja, is dat enkel voor de duur van het experiment of zal die exclusieve samenwerking ook gelden wanneer het experiment na een positieve evaluatie regulier wordt?

Hoe verhouden zulke afspraken zich ten aanzien van het recht op vrije keuze van de patiënt bij het aanstellen van een zorgverstrekker, zoals bepaald in artikel 6 van de wet van 22 augustus 2002?

Kan een ziekenhuis zonder enige vorm van mededinging overeenkomsten sluiten met thuisverplegingsdiensten voor het exclusief toepassen van bepaalde verpleegkundige handelingen, zonder andere diensten of zelfstandige thuisverpleegkundigen een kans te geven?

Hoeveel ziekenhuizen hebben in het kader van de projecten rond antibioticabehandeling thuis, een exclusieve samenwerking opgezet met een dienst voor thuisverpleging?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Somers, ik leid uit uw vragen af dat u de pilootprojecten inzake thuishospitalisatie in het kader van de ziekenhuishervorming niet alleen met aandacht volgt, maar dat u ook terecht bezorgd blijft over de keuzevrijheid van de patiënt. Dat een patiënt zijn verzorgers vrij mag kiezen, is een waarde die ik ook heel belangrijk vind.

De ziekenhuizen die zijn geselecteerd om de thuishospitalisatie uit te testen in pilootprojecten werken nauw samen met de eerste lijn en met de thuisverpleging. Samen met alle zorgverleners maken ze heel wat afspraken om die zorg samen te verzekeren.

Zij tekenen met andere woorden een zorgpad uit voor de thuishospitalisatie. Ze spreken af wie waar, wanneer en waarvoor tussenkomt, wanneer zij overleggen, zij organiseren hun communicatie over ziekenhuismuren en disciplines heen en ze hebben een gemeenschappelijk patiëntendossier. Ze zorgen er ook voor dat mensen die thuis verzorging krijgen, permanent iemand kunnen bereiken.

Vermits het om thuishospitalisatie gaat, worden van thuisverpleegkundigen in een dergelijk zorgpad soms handelingen gevraagd die zij niet meer regelmatig uitvoeren. Zij zijn er al een tijd uit om bijvoorbeeld antibiotica-infusen aan de gang te houden, laat staan ze te steken.

Aangezien wij ook vinden dat de kwaliteit van de pilootprojecten hoog moet zijn, hebben wij bij de selectie van de pilootprojecten inzake thuishospitalisatie concrete afspraken gevraagd tussen de opnemende arts van het ziekenhuis en de andere betrokken zorgverleners, zoals de thuisverpleging. Dat kan gaan om een bijkomende opleiding, een opfrissing van eerder geleerde handelingen enzovoort.

patient est de ce fait restreinte et certains infirmiers à domicile indépendants se sentent lésés.

Que pense la ministre des accords exclusifs entre des hôpitaux et certains services de soins à domicile? Combien d'accords de ce type existe-t-il? Seront-ils reconduits si l'expérience se poursuit?

07.02 **Maggie De Block**, ministre: Je suis également très attachée à la liberté de choix du patient. Les hôpitaux sélectionnés pour tester l'hospitalisation à domicile dans le cadre de projets pilotes élaborent un parcours de soins à domicile. Dès lors qu'il s'agit d'hospitalisation à domicile, les infirmiers à domicile sont parfois appelés, dans ce contexte, à poser des actes qu'ils n'exécutent pas régulièrement. La garantie de la qualité des projets passe par des accords clairs entre le médecin de l'hôpital et l'infirmier chargé du suivi à domicile. Une formation complémentaire peut, par exemple, s'avérer nécessaire.

Pour autant qu'ils remplissent plusieurs critères de qualité, les infirmiers à domicile indépendants peuvent parfaitement être associés à un tel parcours de soins dans le cadre de l'hospitalisation à domicile. Rassurez-vous, il n'y a pas de coopérations exclusives. Si toutefois l'infirmier à domicile habituel du patient ne souhaite pas participer à une hospitalisation à domicile – parce qu'il juge, par exemple, les permanences trop lourdes – le patient recevra

Ook in de toekomst zullen de betrokken thuisverpleegkundigen en de andere zorgverleners aan bepaalde criteria moeten voldoen. Als aan die criteria is voldaan, is er eigenlijk geen enkele reden waarom zelfstandige thuisverpleegkundigen niet zouden kunnen meewerken aan thuishospitalisatie, bijvoorbeeld voor het toedienen van antibiotica via een infuus.

obligatoirement la visite d'un infirmier 'inconnu'. Si l'expérience devait être généralisée, nous veillerons toujours à préserver la liberté de choix du patient.

In de pilootprojecten zien wij geen exclusieve samenwerkingen. Dit wensen wij in de toekomst bij de veralgemening ook zo te houden.

In de praktijk kan echter niet worden uitgesloten dat de thuisverpleegkundige die de patiënt wenst eigenlijk niet wil meewerken aan de thuishospitalisatie, bijvoorbeeld wegens de nood aan permanentie. Het moet gezegd worden dat het zwaar weegt op één verpleegkundige als die soms weken de permanentie moet waarnemen.

Uiteraard moet de patiënt steeds zelf kunnen kiezen voor een welbepaalde thuisverpleegkundige, voor zover die verpleegkundige zelf ook wil meewerken. Hij of zij moet niet alleen de opleiding volgen, maar ook meewerken aan de permanentie, de registratie en de communicatie.

De keuzevrijheid van de patiënt moet behouden blijven. Wij zullen daaraan zeker de nodige aandacht geven bij de eventuele veralgemening van deze projecten.

07.03 Ine Somers (Open Vld): Dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister. Ik ben blij dat de vrije keuze bij de zorgverlening nog eens onder de aandacht wordt gebracht, maar dat ook benadrukt wordt dat de kwaliteit van de zorgverlening bijzonder belangrijk is. Die twee samen mogen wij niet uit het oog verliezen.

07.03 Ine Somers (Open Vld): Le libre choix du patient et la qualité des prestations de soins doivent rester des préoccupations de même importance. Les coopérations exclusives seront bannies. Et si l'infirmier habituel du patient ne souhaite pas participer à l'hospitalisation à domicile, le patient sera clairement informé des raisons pour lesquelles il sera pris en charge par un autre infirmier.

Ik ben ook blij dat er geen exclusieve samenwerking gepromoot wordt. De patiënt moet effectief altijd kunnen kiezen. Ik wil erop aandringen dat bij de evaluatie van de projecten hiernaar gekeken wordt en dat zorgbehoevende mensen daarover geïnformeerd worden, bijvoorbeeld wanneer zij worden geconfronteerd met twee zorgverleners omdat, zoals u terecht aangeeft, één van hen niet in staat is de nodige handelingen met de nodige kwaliteit uit te voeren.

Wij dragen de vrije keuze van de zorgverlening hoog in het vaandel, maar dit aandachtspunt willen wij ook zeker meenemen bij de evaluatie van deze projecten.

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

08 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge des frais médicaux pour les donneurs vivants d'organes" (n° 22469)

08 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vergoeding van de medische kosten voor levende orgaandonoren" (nr. 22469)

08.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, voilà plusieurs années que je plaide et dépose des textes pour que, à côté des transplantations d'organes à partir de cadavres, soient encouragés les dons vivants d'organes. C'est d'autant plus nécessaire que le nombre d'organes de cadavres à disposition ne cesse de diminuer. De plus, et

08.01 Catherine Fonck (cdH): Ik pleit er al jaren voor om orgaandonatie bij leven aan te moedigen, te meer omdat het aantal beschikbare organen van

malheureusement, beaucoup de patients restent longtemps sur les listes d'attente.

Ma proposition a permis de faire bouger les lignes. Vous vous êtes engagée, et vous l'avez répété à plusieurs reprises, à avancer dans ce dossier. Au demeurant, vous aviez publié un communiqué de presse en novembre 2016, dans lequel vous annonciez que l'arrêté royal comprenant ces mesures serait publié au printemps 2017 avant d'entrer en vigueur. Or, nous voilà au printemps 2018, soit près de deux ans après votre communiqué! Et je n'ai toujours rien vu, sauf erreur de ma part et à moins d'avoir consulté négligemment le Moniteur.

Madame la ministre, annoncer des mesures, c'est bien – notamment en promettant un arrêté royal. Pour ma part, j'attends des actes. Où est cet arrêté royal permettant la prise en charge d'une partie des frais médicaux pour les donneurs d'organes? Pourquoi n'a-t-il toujours pas été publié, alors que vous l'annoncez depuis deux ans? Je vous presse vraiment de joindre le geste à la parole – dans l'intérêt unique des patients.

08.02 **Maggie De Block**, ministre: J'ai diffusé mon communiqué, parce que mes services étaient prêts. Je dois vous avouer que ce retard regrettable est dû à des raisons administratives internes à l'INAMI. Cependant, ce dossier n'est absolument pas bloqué. L'arrêté royal entrera de toute façon en vigueur rétroactivement le 1^{er} août 2017. Dès lors, il permettra de couvrir 90 % des coûts pour le donneur vivant.

Une réflexion est actuellement menée en mon cabinet pour essayer de dégager des solutions techniques en vue de résoudre les difficultés soulevées dans la phase de prédonation.

En ce qui concerne la problématique de l'éventuelle perte de revenus, une étude à ce sujet me semble être une étape inévitable, compte tenu de la complexité du domaine et de la multiplicité des régimes de sécurité sociale.

Je tiens aussi à vous signaler qu'une révision de la nomenclature relative au typage HLA dans le cadre de la transplantation d'organes est actuellement en cours de publication et permettra de tenir compte des nombreuses évolutions qui sont apparues, ces dernières années, dans ce domaine.

La **présidente**: Madame Fonck avant de vous donner la parole pour votre réplique, permettez-moi d'intervenir pour dire que vous avez déposé des propositions de loi qui n'ont pas été traitées lors de notre dernière réunion. Je vous propose de les mettre à l'ordre du jour de la semaine prochaine. Cela vous convient-il?

08.03 **Catherine Fonck** (cdH): Évidemment, madame la présidente. Il s'agit pour moi de propositions importantes pour les patients.

overleden personen blijft dalen.

U hebt in een persbericht van november 2016 aangekondigd dat er in het voorjaar van 2017 een koninklijk besluit zou worden bekendgemaakt. De lente van 2018 staat voor de deur en ik heb nog niets gezien.

Hoe staat het met dat koninklijk besluit betreffende de gedeeltelijke vergoeding van de medische kosten voor de orgaandonoren? Waarom werd dat koninklijk besluit nog niet bekendgemaakt?

08.02 **Minister Maggie De Block**: De vertraging is het gevolg van interne administratieve problemen bij het RIZIV. Ik betreur de vertraging, maar het dossier zit niet in de ijskast. Het koninklijk besluit zal met terugwerkende kracht in werking treden op 1 augustus 2017. Op die manier zullen levende orgaandonoren 90 % van de kosten kunnen recupereren.

Mijn kabinet is op dit moment op zoek naar een oplossing voor de problemen in de predonatiefase.

Wat het eventuele inkomensverlies betreft, is een studie onvermijdelijk, aangezien er zoveel verschillende socialezekerheidsstelsels bestaan.

Een herziening van de nomenclatuur met betrekking tot de HLA-typering in het kader van orgaantransplantatie is persklaar.

08.03 **Catherine Fonck** (cdH): Het is merkwaardig dat het koninklijk besluit twee jaar

Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

J'avais été informée de la révision de la nomenclature relative au typage HLA par le secteur. Il s'agit effectivement d'une bonne chose, si c'est bien réalisé.

Cela dit, il me semble étonnant que, depuis maintenant quasi deux ans, on annonce, on annonce, mais il n'y a toujours pas d'arrêt royal. Je ne sais pas très bien quelles sont les raisons administratives au niveau de l'INAMI qui empêchent que cela soit le cas. Mais je prends note de votre réponse.

Vous avez parlé d'entrée rétroactive. Tant mieux! Il est question de 90 % en termes de prise en charge des coûts. N'oubliez quand même pas qu'il n'y a pas que le péri-opératoire et le prélèvement de l'organe. Il y a aussi une série de contrôles à effectuer, par la suite et pas seulement durant la première année. J'insiste sur ce point.

Permettez-moi également d'attirer l'attention sur le prédon. C'est important, puisque pour un certain nombre de personnes qui font l'objet d'exams dans l'éventualité d'un prélèvement d'organe sur donneur vivant ne seront pas retenues soit parce qu'elles sont porteuses d'une pathologie, soit parce qu'un problème se pose au niveau du typage HLA. Il est donc important de reconnaître le volet du prédon et de le prendre en charge.

Madame la présidente, je tiens ici à vous remercier, car d'autres avancées concrètes qui sont mises sur la table dans le cadre de propositions pourraient aider un certain nombre de donneurs vivants potentiels. Mais nous reviendrons sur la question.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitsluiting van verpleegkundigen uit farmacologische congressen" (nr. 22491)**

09 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exclusion des infirmiers(ères) hors des congrès pharmacologiques" (n° 22491)**

09.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, op het terrein hoor ik dat verpleegkundigen uitgesloten worden van bepaalde farmacologische congressen. Er werden schriftelijke bewijzen van bezorgd waarin Mdeon verwijst naar een FAGG-richtlijn die stelt dat verpleegkundigen niet mogen blootgesteld worden aan reclame voor geneesmiddelen op voorschrift, wat op die congressen vaak wel het geval is.

Ten eerste, kunt u verduidelijken hoe een en ander precies functioneert?

Ten tweede, vindt u het wenselijk dat verpleegkundigen uitgesloten worden van congressen of, zoals het blijkbaar soms gebeurt op het terrein, volledig afgezonderd moeten gaan zitten, inclusief tijdens de pauzes, of met kleurenbadges moeten rondlopen, om toch maar niet in aanraking te komen met de rest van de aanwezigen bij wie er wel reclame wordt gemaakt?

Ten derde, waarom zou een zorgverlener die dagelijks

vertraging heeft opgelopen.

Het KB treedt dus retroactief in werking? Des te beter. Zal 90% van de kosten worden vergoed?

U mag niet vergeten dat het niet alleen over het wegnemen van het orgaan gaat, maar dat men ook jarenlang op controle moet. Sommige kandidaat-donoren worden uiteindelijk toch geen donor, maar ondergingen wel de aan de donatie voorafgaande onderzoeken, die dus ook moeten worden vergoed.

09.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Les infirmiers sont exclus de certains congrès pharmacologiques parce qu'ils ne peuvent pas être exposés à la publicité pour les médicaments soumis à prescription, conformément à une directive de l'AFMPS. Il arrive par ailleurs que des infirmiers soient amenés à quitter la salle de congrès au moment des écrans publicitaires ou même qu'ils soient tenus de porter des badges colorés et de s'installer à l'écart.

Est-ce une bonne chose, d'après la ministre? Pourquoi un infirmier confronté au quotidien à des médicaments ne pourrait-il pas

geconfronteerd wordt met medicatie en alle zorgaspecten ervan, zich niet kunnen bijscholen op relevante congressen?

parfaire sa formation en assistant à des congrès pertinents pour son travail?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, er geldt een strenge reglementering voor reclame inzake voorschrijfplichtige geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Die kan enkel gericht worden aan de personen die gemachtigd zijn geneesmiddelen voor te schrijven of af te leveren. In België gaat dat om apothekers, artsen, tandartsen en vroedvrouwen voor een limitatieve lijst van geneesmiddelen die zij autonoom mogen voorschrijven in het kader van de opvolging van normale zwangerschappen, de praktijk van normale bevallingen en de zorg voor een gezonde pasgeborene in en buiten het ziekenhuis. Dat is een gevolg van de Belgische regelgeving ter omzetting van de Europese richtlijn 2001/83.

09.02 **Maggie De Block**, ministre: Des règles strictes, reposant sur la directive européenne 2001/83, régissent la publicité pour les médicaments soumis à prescription. Celle-ci ne peut s'adresser qu'aux personnes habilitées à prescrire de tels médicaments.

De regelgeving houdt echter niet in dat verpleegkundigen of paramedici niet mogen geïnformeerd worden over het goed gebruik van geneesmiddelen waar noodzakelijk, of niet mogen deelnemen aan wetenschappelijke congressen. Het is enkel verboden om reclame te maken bij verpleegkundigen en paramedici voor de voorschrijfplichtige geneesmiddelen. Indien reclame wordt gemaakt voor voorschrijfplichtige geneesmiddelen in een expositieruimte van een wetenschappelijke manifestatie waarop ook verpleegkundigen aanwezig zijn, dienen bijgevolg de nodige maatregelen te worden geïmplementeerd die toelaten dat de regelgeving wordt gerespecteerd.

Cela ne signifie en aucun cas que les infirmiers ou les professions paramédicales ne puissent pas être informés de l'usage adéquat des médicaments ou qu'ils ne puissent pas assister à des congrès. En revanche, il est interdit de faire de la publicité pour des médicaments soumis à prescription médicale auprès de ces catégories professionnelles. Si de la publicité est présente à l'occasion d'un congrès, des mesures doivent être prises pour que les règles en la matière soient respectées. En 2014, l'ASBL Mdeon a élaboré une série de mesures pratiques à l'intention des organisateurs de congrès, de sorte à éviter le dédoublement des salles d'exposition. Il n'est, dès lors, pas du tout nécessaire de prendre des mesures drastiques.

De vzw Mdeon heeft hiertoe op 26 augustus 2014 een communicatie gericht aan ondernemingen en organisatoren van congressen met praktische maatregelen die kunnen worden genomen om te vermijden dat de expositiezalen dienen te worden opgesplitst.

De toestand die u beschrijft, is dus eigenlijk niet nodig. Er kan op een perfecte manier informatie en uitleg worden gegeven, ook aan verpleegkundigen. Dat zou ook heel nuttig zijn. Maar de Europese richtlijn zegt dat zij niet mogen geconfronteerd worden met echte reclamepraktijken.

09.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Wat staat er dan precies in die brief? Als er toch reclame wordt gemaakt en het congres toegankelijk is voor verpleegkundigen, dan werken ze met een kleurenbadge, om hen in aparte ruimtes onder te brengen. Is dat hetgeen de brief van Mdeon zegt? Want u zegt dat het niet nodig is.

09.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Que prévoient précisément les règles proposées par Mdeon? L'on recourt en tout cas à des badges de couleur pour distinguer les participants.

09.04 Minister **Maggie De Block**: Neen, volgens onze informatie is dat niet nodig en ze hoeven ook niet in aparte expositieruimtes, zolang ze de richtlijn correct toepassen. Ik ga ook vaak naar congressen en ik heb nog niet vaak aparte expositieruimtes gezien, eerlijk gezegd. Als u zegt dat het gebeurt, geloof ik u wel. Dan moet die organisatie erop gewezen worden dat dat voor niets nodig is.

09.04 **Maggie De Block**, ministre: Je suis prête à vous croire, mais je n'ai encore jamais vécu de telles situations. Si les directives sont correctement appliquées, ce dispositif est superflu.

La **présidente**: La règle est qu'il n'y a pas de publicité.

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

10 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervormingen van de terugbetaling van medische implantaten" (nr. 22494)

10 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réformes du remboursement des implants médicaux" (n° 22494)

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een wat langere vraag met enkele technische aspecten. Het gaat om de lopende hervormingen van de procedure voor de terugbetaling voor medische implantaten. Ik werd gecontacteerd vanuit de sector door de betrokken orthopedisten met betrekking tot de manier waarop de hervormingen worden uitgetekend. Zij ervaren dit namelijk als weinig transparant. Dat geldt vooral voor de manier waarop de besparingen worden doorgedruwd.

De sector wou zeker opmerken er achter te staan dat hij een deel van de besparingen moet slikken, wat van tevoren ook duidelijk was meegedeeld. Voor hen gaat het echter om de manier waarop dat gebeurt. Het ging om een besparing van 40 miljoen euro, destijds beslist door uw voorganger. Een bedrag van 8 miljoen moest nog verwezenlijkt worden. Het gaat dus over die resterende 8 miljoen. Nogmaals en voor alle duidelijkheid, de sector staat achter die besparing maar niet achter de manier waarop het gebeurt.

Intussen zou de procedure voor erkenning en terugbetaling herzien worden. Voorlopig is er echter nog geen witte rook.

Ik heb enkele vragen over de procedure voor terugbetaling. Bent u nu nog volop bezig met het herzien van de procedure inzake de terugbetaling van medische implantaten? Kunt u een stand van zaken geven? Kunt u een exacte deadline geven? Wanneer moet dit rond zijn?

U plande een soortgelijke oefening voor de IVD's. Is deze herziening al rond?

Tot slot, blijkbaar zouden de mutualiteiten met stemrecht vertegenwoordigd zijn in die commissies. Is dat het geval? Dat is toch helemaal niet wenselijk?

Mijn tweede vraag betreft de besparingsoefening van 8 miljoen. Klopt het dat er een voorstel van de sector zelf op tafel heeft gelegen om de besparing lineair te dragen, wat ook de bijdrage van de patiënt zou doen dalen? Klopt het dat dit voorstel niet aanvaard werd? Waarom is dat niet gebeurd?

Klopt het dat er een werkgroep bijeen is geroepen om die besparing uit te tekenen? Wie zit daar exact in?

Klopt het dat er een voorstel van die werkgroep op tafel ligt om de bestaande categorieën van implantaten en medische invasieve hulpmiddelen te beperken? Zo ja, waarom? Wat is het voordeel daarvan?

Klopt het ook dat dit voorstel een deel van de betalingen wil forfaitariseren? Als bijvoorbeeld de betalingen voor heupimplantaten geforfaitariseerd zouden worden, wat zou dan nog het nut van het register zijn? Klopt het dat revisies dan puur vanuit financieel oogpunt minder aantrekkelijk zouden worden voor de ziekenhuizen?

10.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La réforme de la procédure de remboursement des implants médicaux devrait générer des économies, mais la manière dont elle se déroule manque de transparence.

La ministre peut-elle dresser un bilan de la situation? La révision des dispositifs de diagnostic in vitro est-elle déjà terminée? Les mutualités seront-elles représentées avec voix délibérative au sein de la commission en question? Est-il exact que le secteur lui-même a soumis une proposition visant à supporter l'économie de 8 millions de manière linéaire, ce qui diminuerait en même temps la contribution du patient? Pourquoi cette proposition n'a-t-elle finalement pas été acceptée?

Un groupe de travail s'est-il déjà réuni pour définir cette économie? Qui siège au sein de ce groupe de travail? Ce groupe de travail a-t-il soumis une proposition visant à limiter les catégories existantes d'implants et les dispositifs médicaux invasifs? Quel en est l'avantage? Propose-t-on également la fixation d'un forfait pour une partie des paiements? Quelle serait alors encore l'utilité du registre? Est-il exact que les révisions seraient financièrement moins intéressantes pour les hôpitaux? Dans cet exercice, les cotisations du patient doivent être abaissées à 5 %. Est-il exact que cette économie sera, pour une large partie, reversée aux mutualités? Le montant concerné sera-t-il imputé sur la dotation de ces dernières?

La Belgian Hip Society ou un autre acteur de terrain a-t-il été entendu dans le cadre de cet exercice?

In die oefening zou de patiëntenbijdrage moeten dalen tot 5 %. Klopt het dat deze besparing dan grotendeels terugvloeit naar de mutualiteiten? De bijdrage wordt grotendeels gedekt door de aanvullende verzekering. Klopt het dat de overheid en dus de belastingbetaler in dat verhaal niet echt gaat besparen? Zult u de besparing soms verrekenen in de dotatie voor de mutualiteiten?

Is de Belgian Hip Society of een andere vertegenwoordiger van het terrein gehoord in deze oefening? Op welke manier en wanneer precies?

Is het voorstel nu eigenlijk al goedgekeurd door de commissie? Wie heeft gestemd en hoe? Klopt het dat alleen de mutualiteiten voor hebben gestemd?

La **présidente**: (...)

10.02 Minister **Maggie De Block**: Ja, mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp stelde veel vragen en kan snel lezen. Ik zal wellicht wat trager antwoorden, en mijn antwoorden zullen wat meer tijd vergen, zodat de tolken misschien op adem kunnen komen.

Mevrouw Van Camp, in het kader van het Pact Medische Technologie dat ik afsloot met de industrie van de medische technologie — beMedTech — is inderdaad afgesproken om verbeterpunten aan te brengen, die na twee jaar werking voortvloeien uit de evaluatie van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. Deze werkzaamheden zijn dan ook volop aan de gang. De aandacht ligt daarbij op een snellere, maar gecontroleerde toegang tot innovatie voor onze patiënten, met garantie op kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid, maar tevens op administratieve vereenvoudiging.

De kern, zijnde de evidencebased beslissingen, blijft behouden. Een wetsontwerp daarvoor is reeds opgesteld en er wordt daaraan momenteel gewerkt bij het RIZIV, in overleg met beMedTech en de voornoemde commissie, om aanpassingen te doen aan het koninklijk besluit dat de procedures vastlegt. Het is de bedoeling om tegen eind 2018 over een uitgewerkt voorstel van aanpassingen te beschikken.

Wat de IVD's betreft, is in het pact met beMedTech afgesproken dat de terugbetalingsprocedure voor de IVD-tests transparanter zal worden gemaakt voor de aanvrager. Het is geenszins de bedoeling om een soortgelijke procedure als bij de geneesmiddelen of de implantaten in te voeren. De finaliteit van de tests blijft immers het centrale criterium. Deze evaluatie zal dus niet product per product moeten verlopen.

De werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad zal zich weldra buigen over een interne werkprocedure, zodat de transparantie kan worden verzekerd en aan de vraag van de industrie of de aanvrager kan worden tegemoetgekomen om regelmatig op de hoogte te worden gehouden van de stand van zaken van zijn dossier.

Het paritair beheer is het basisprincipe binnen de sociale zekerheid en dus ook de gezondheidszorg. Net als de vertegenwoordigers van ziekenhuisapothekers, artsen en universiteiten hebben de

La proposition a-t-elle déjà été approuvée par la commission? Est-il exact que les mutualités ont été les seules à la défendre?

10.02 **Maggie De Block**, ministre: Il avait en effet été convenu, dans le cadre du Pacte Technologies Médicales, d'apporter des améliorations sur la base des résultats de l'évaluation de la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs. L'essentiel du dispositif, en particulier les décisions basées sur des preuves, reste en place. Un projet de loi a été rédigé à cet effet et en concertation avec beMedTech et la commission concernée, l'INAMI adaptera l'arrêté royal qui fixe la procédure. Notre objectif est de disposer d'ici à la fin 2018, d'une proposition détaillée des adaptations requises.

En ce qui concerne les dispositifs de diagnostic in vitro (IVD), il a été décidé de rendre la procédure de remboursement des tests plus transparente pour le demandeur. Le but visé n'est pas l'instauration d'une procédure analogue à celle prévue pour les médicaments ou les implants. En effet, la finalité des tests demeure le critère principal. Il ne faudra dès lors pas procéder à une évaluation produit par produit.

Le groupe de travail Biologie clinique du Conseil technique médical planchera sur une procédure interne. La gestion paritaire constitue l'un des principes cardinaux de la sécurité

verzekeringsinstellingen ook stemrecht bij het goedkeuren van voorstellen tot tegemoetkoming voor implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

De commissie kreeg de opdracht een voorstel tot besparingen ten belope van 8 miljoen uit te werken die de principes van evidencebased medicine volgen en waarbij bijzondere aandacht moest worden gegeven aan de bescherming van de patiënt, om de verhoging van de eigen bijdrage te vermijden. Het voorstel van de sector had een duidelijke budgettaire impact voor de patiënt en was dan ook niet op evidencebased medicine gebaseerd.

Op 16 maart 2017 is een werkgroep samengekomen, om ideeën te verzamelen om de gevraagde besparing te kunnen realiseren. Elk lid van de commissie werd daarop uitgenodigd. Daarna werden alle discussies gehouden tijdens de commissie, waarop, zoals u opmerkte, alle stakeholders zijn vertegenwoordigd.

Een voorstel inzake de huidige bestaande categorieën van implantaten en invasieve hulpmiddelen werd nooit besproken en is dus onbestaande.

Het voorstel van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen voor het realiseren van de besparingen omvat inderdaad een forfaitaire terugbetaling van de heupprothese. De resterende besparing wordt door een lineaire prijsdaling gerealiseerd.

Ten eerste, het forfaitariseren van de terugbetaling van de heupprothese gaat samen met het schrappen van een groot aantal op de nominatieve lijst. De terugbetaling gebeurt dus gemakkelijker, maar het register ORTHOpride blijft erg nuttig. Via het register ORTHOpride zullen wij beschikken over informatie op lange termijn inzake de kwaliteit van de verschillende prothesen. Er zijn in Europa en in de hele wereld steeds meer registers inzake orthopedie, om de gegevens op lange termijn, zijnde gegevens over een termijn van langer dan tien jaar, te verzamelen. Een klinische studie wordt immers nooit over zo'n lange termijn uitgevoerd.

Mocht uit de gegevens blijken dat een prothese betere of slechtere resultaten geeft, dan zullen wij de mogelijkheid hebben daarop met kennis van zaken te reageren. Ik wens in dat verband te verwijzen naar de problematiek van de wrijvingskoppelen metaal op metaal, dat dankzij zulke registers werd ontdekt.

Met het register ORTHOpride worden ook de revisies voor de orthopedische chirurgen vergemakkelijkt, omdat zij al op voorhand weten welke prothese bij de patiënt werd ingeplant en ook of al dan niet cement is gebruikt, zelfs wanneer de prothese in een ander ziekenhuis is ingeplant.

Er werd dezelfde redenering gehanteerd als bij een primaire plaatsing. Dat wil zeggen, geen verschil tussen gecementeerde en niet-gecementeerde stemmen.

Op vraag van sommige leden, alsook van de Belgian Hip Society, werd een verpakking cement bijgevoegd in de voorgestelde terugbetaling. De Belgian Hip Society was dus wel degelijk betrokken

sociale et il en va de même pour les soins de santé.

La commission concernée a été invitée à élaborer une proposition d'économies de l'ordre de 8 millions d'euros. Cette proposition devait satisfaire aux principes de la médecine scientifique tout en évitant une augmentation de l'intervention personnelle du patient. Or la proposition du secteur aurait eu une nette incidence budgétaire sur le patient et ne reposait pas sur des principes scientifiques.

Un groupe de travail s'est réuni le 16 mars 2017 pour échanger des idées en vue de réaliser l'économie demandée. Chaque membre de la commission a été invité à y participer.

La proposition remise par la commission comprend un remboursement forfaitaire des prothèses de hanche. Le reste des économies est réalisé par le biais d'une baisse linéaire des prix ainsi que par la suppression de nombreux dispositifs de la liste nominative. Le remboursement est plus aisé, mais le registre ORTHOpride reste très utile, surtout pour les informations à long terme en ce qui concerne la qualité des prothèses. Nous serons en mesure de réagir en connaissance de cause s'il apparaît qu'une prothèse donne des résultats meilleurs ou pires que prévu. Je fais ici référence au problème des couples de frottement métal-métal. ORTHOpride permet également de simplifier les révisions pour les chirurgiens orthopédistes étant donné qu'ils savent à l'avance quelle prothèse a été implantée et si un ciment a été utilisé.

À la demande de certains membres, ainsi que de la Belgian Hip Society, un paquet de ciment a été ajouté au remboursement proposé. Pour la partie acétabulaire, les prestations

partij vermits men rekening heeft gehouden met hun vraag.

Voor het acetabulaire gedeelte blijven de specifieke verstrekkingen voor reconstructie bestaan. Zij kennen een hogere terugbetaling dan een gewone cupula.

Het persoonlijke aandeel van de patiënt bedraagt in dit voorstel 9 of 5 %. Dit werd door de commissie voorgesteld om er zeker van te zijn dat het na de herziening nooit duurder zou zijn dan in de huidige situatie. De hoge supplementen voor sommige types van prothesen zijn bovendien niet te verantwoorden.

De verschillen tussen de technieken werden eveneens weggewerkt, aangezien de keuze van het implantaat afhangt van de indicatie, maar ook van de anatomie van de patiënt en de keuze van de chirurg. De besparing op het budget implantaat, en dus voor de overheid, bedraagt ongeveer 2 miljoen euro.

De BVOT werd, net als de SORBCOT trouwens, op 9 november 2017 uitgenodigd door de commissie, vooraleer een beslissing werd genomen. De commissie heeft ten gevolge van deze discussie beslist om een verhoogde terugbetaling toe te kennen aan de resurfacingprothese.

Met betrekking tot de revisieprothesen, die werden gebruikt tijdens de primaire interventies, heeft de commissie voorgesteld om een compensatieprincipe van winst en verlies toe te passen op het forfaitaire terugbetalingssysteem, gelet op het feit dat het slechts over vijftig gevallen per jaar gaat.

Op vraag van de Belgian Hip Society heeft de commissie eveneens beslist een initiatief op te starten om de mogelijkheid tot terugbetaling te bestuderen voor cement dat wordt gebruikt in andere behandelingen dan de fixatie van een prothese. Het voorstel werd op 9 november 2017 goedgekeurd in de commissie met meer dan de nodige tweederdemeerderheid, namelijk 13 stemmen voor, 1 tegen en 0 onthoudingen.

Dit voorstel werd tevens voorgelegd op de algemene raad van 11 december 2017, zoals door de regering gevraagd werd bij het vaststellen van de begroting 2018. Alle stappen werden gevolgd en de Belgian Hip Society is niet alleen gehoord, maar er werd ook voldaan aan een aantal van hun vragen.

spécifiques pour la reconstruction sont maintenues, le remboursement étant plus élevé que pour une simple cupule. Dans cette proposition, la quote-part personnelle du patient est de 9 ou 5 % pour être certain que la révision ne soit jamais plus coûteuse que la situation actuelle. Les suppléments élevés appliqués à certains types de prothèses ne sont d'ailleurs pas justifiés.

Les différences entre techniques sont supprimées. L'économie réalisée sur le budget des implants atteint quelque 2 millions d'euros.

La Belgische Vereniging voor Orthopedie en Traumatologie (BVOT) et son pendant francophone la SORBCOT ont été invitées par la commission concernée avant qu'une décision soit prise. La commission a ensuite décidé d'octroyer un remboursement majoré pour la prothèse de resurfacement. S'agissant des prothèses de révision, la commission a proposé d'appliquer un principe de compensation de pertes et profits sur le système de remboursement forfaitaire, étant donné que le nombre de cas concernés n'atteint que 50 par an.

À la demande de la Belgian Hip Society, la commission a décidé de lancer une initiative pour que l'on examine le remboursement du ciment utilisé dans d'autres traitements que la fixation d'une prothèse. Cette proposition a été soumise au conseil général du 11 décembre 2017. Non seulement la Belgian Hip Society a été entendue mais il a clairement été donné suite également à un certain nombre de ses doléances.

10.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Bedankt voor uw antwoord, mevrouw de minister. Ik ga dit zo terugkoppelen.

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

11 **Samengevoegde vragen van**
- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie

van het neutrale sigarettenpakje" (nr. 22521)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de invoering van neutrale sigarettenpakjes" (nr. 22657)

11 Questions jointes de

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation du paquet de cigarettes neutre" (n° 22521)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'introduction du paquet de cigarettes neutre" (n° 22657)

11.01 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in de federale strategie voor een efficiënt antitabaksbeleid werd ook de evaluatie van de neutrale sigarettenpakjes opgenomen. Het is van belang om te bekijken of er in de ons omringende landen enige impact is bij mensen die al dan niet stoppen of niet beginnen met roken. Wij denken hierbij aan Frankrijk, waar het werd ingevoerd op 20 mei 2016. Ook Ierland en het Verenigd Koninkrijk zijn gevolgd. Misschien is het nog te vroeg om de effecten te zien, al is het toch al bijna twee jaar.

Wij weten wel uit de evaluatie in Australië, dat een eiland is, net als Groot-Brittannië en Ierland, dat de impact groot werd ingeschat. Het feit dat het minder attractief is voor jongeren, dat gezondheidswaarschuwingen beter tot uiting komen en het minder misleidend karakter van de pakjes werden als positieve voordelen geuit. Daardoor kon men vaststellen dat er, naast andere maatregelen, een daling was van het aantal rokers in Australië.

Hoever staat u met de evaluatie van het invoeren van *plain packaging* in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk en Ierland? Zijn er reeds bevindingen? Zo ja, welke?

Wat is de timing voor het afronden van de evaluatie van het neutrale sigarettenpakje?

Wat is de timing bij een positieve evaluatie van het neutrale sigarettenpakje op het vlak van de procedure en de definitieve invoering?

11.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je ne reviendrai par sur les discussions très tendues que nous avons eues sur ce sujet même si, ces derniers temps, cela s'est calmé. Je crois avoir gardé une position assez isolée en la matière. Il est vrai que les lignes ont un peu bougé, mais pas encore assez à mon goût. Même si ces derniers temps, vous ne vous y êtes plus opposée, vous avancez cependant à reculons sur ce dossier.

Il me semble qu'il y a un enjeu important et ce n'est pas une mesure à elle seule qui changera quoi que ce soit à la consommation du tabac. Mais elle pourrait avoir un effet dissuasif et surtout empêcher que des jeunes aient l'envie de commencer à fumer. S'il y a bien une stratégie à mes yeux qui soit fondamentale, c'est de maximiser le nombre de jeunes n'ayant pas envie de toucher au tabac; le travail le plus efficace que l'on peut mener, et sans doute le plus facile, c'est d'éviter qu'ils ne commencent à fumer. En effet, une fois le pas franchi, même s'il faut soutenir les initiatives permettant d'enrayer la dépendance au tabac, reconnaissons que c'est toujours plus difficile pour les fumeurs d'arrêter.

11.01 Els Van Hoof (CD&V): La stratégie fédérale pour une politique antitabac efficace comprend, entre autres, l'évaluation des paquets de cigarettes neutres dans les pays voisins. En France, ce principe a été instauré voici environ deux ans. L'Irlande et le Royaume-Uni ont suivi. Il est ressorti de l'évaluation réalisée en Australie que cette mesure a une forte incidence. Qu'en est-il de cette évaluation dans notre pays?

11.02 Catherine Fonck (cdH): Er is wat schot in de zaak gekomen, maar niet voldoende. Die maatregel kan een ontradend effect hebben en jongeren ervan weerhouden te willen roken. Eenmaal men ermee begonnen is, is het immers veel moeilijker om te stoppen. Komen er neutrale sigarettenpakjes?

Madame la ministre, avancerons-nous concrètement pour introduire le paquet de cigarettes neutre? Je vous remercie.

11.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, comme je l'ai déjà indiqué dans ma stratégie fédérale pour une politique anti-tabac efficace, ma volonté de mettre en œuvre les paquets standardisés pour les cigarettes et le tabac est bien présente. Elle reste entière et je veux la mettre en œuvre aussi vite que possible.

Hierover vonden reeds verschillende gesprekken plaats met de bevoegde diensten. Zo werd in het kader van het tabaksplan een impactstudie gepland met betrekking tot de invoering van de maatregel in Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk in de loop van het jaar 2017. De administratie beloofde mij op korte termijn een synthese te verschaffen van de reeds beschikbare gegevens die de impact van deze maatregel in beide landen zal weerspiegelen. Het spreekt voor zich dat wij deze analyse serieus zullen nemen.

En même temps que la synthèse relative aux situations française et britannique, mes services travaillent sur un avant-projet de législation prenant en compte l'expérience de nos voisins. C'est sur cette base que j'entamerai, par la suite, les discussions pour finaliser le dossier.

Si cela s'avère nécessaire, les acteurs concernés seront consultés au cours de cette phase.

11.04 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, het is duidelijk dat men ermee bezig is. Het zou nuttig zijn dat wij kunnen kennismaken van de tussentijdse synthese zodra zij klaar is. De studie is nog niet afgerond, maar ik hoop dat zij nog voor de zomer kan worden afgerond, zodat de regering bij een positief resultaat nog een belangrijke maatregel kan nemen om roken bij jongeren minder attractief te maken.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si on en reste toujours au stade de l'évaluation, des études complémentaires et des synthèses. Je voudrais vous rappeler les études déjà réalisées en la matière, par des scientifiques et des acteurs de la santé, et qui sont également extrêmement positives. J'ai envie de dire qu'il faut cesser, dans ce dossier, d'utiliser tous les trucs et ficelles pour tergiverser. Vous devez réellement avancer.

J'entends que, si nécessaire, vous allez consulter des acteurs. J'ose espérer qu'on ne parle que des acteurs de la santé et pas des cigarettiers. Ce serait choquant! Je vous l'ai déjà dit à plusieurs reprises: vous êtes très attentive à ce secteur mais vous êtes d'abord ministre de la Santé. Vous n'êtes pas ministre de l'Économie.

11.06 Minister **Maggie De Block**: Geen enkele producent van sigaretten of tabak wordt op mijn kabinet ontvangen. Waar haalt u dat? Noem dan namen en feiten! Op mijn kabinet worden die lobbyisten voor tabak, alcohol of drugs niet ontvangen. Waar haalt u

11.03 Minister **Maggie De Block**: Het blijft mijn bedoeling gestandaardiseerde pakjes verplicht te maken voor sigaretten en roltabak.

Mon administration me fournira à bref délai une étude relative à l'impact de cette mesure en France et au Royaume-Uni, que nous ne manquerons pas d'étudier attentivement.

Naast de synthese van de Franse en de Britse situatie werken de diensten aan een voorontwerp van wet waarin de ervaring van onze buurlanden wordt meegenomen.

Op basis daarvan zal ik de besprekingen aanvatten om het dossier af te ronden. Indien nodig zullen de betrokken actoren worden geraadpleegd.

11.04 **Els Van Hoof** (CD&V): J'espère que la ministre pourra nous communiquer la synthèse intermédiaire. J'espère également que le gouvernement instaurera cette mesure destinée à réduire l'attractivité du tabac auprès des jeunes.

11.05 **Catherine Fonck** (cdH): Er is hier al ernstig onderzoek naar gevoerd en de resultaten zijn positief, dus stop met dralen!

U zegt dat u actoren zult raadplegen. Ik hoop dat u hiermee niet de sigarettenfabrikanten bedoelt.

11.06 **Maggie De Block**, ministre: Aucun producteur de cigarettes ou de tabac n'est reçu à mon cabinet. Je n'accepte absolu-

dat?

Ik neem die beschuldiging niet. Echt niet! U praat ermee. Ik niet. U mag dat doen als Parlements lid, maar op het kabinet van de minister van Volksgezondheid hebben die mensen niets te zoeken.

11.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous vous agitez toujours! Je ne veux pas de contacts avec les cigarettiers, même pas comme parlementaire. Je considère en effet que, dans ce dossier, un seul enjeu doit être pris en considération: la santé. Je constate cependant que, depuis des années, nous et les acteurs de la santé plaidons pour que les choses avancent. Je constate que les cigarettiers sont contre, et ils l'ont dit à souhait. Vous avancez à reculons et vous faites de la résistance. Quand vous dites que vous consulterez des acteurs, je redis qu'il ne peut s'agir que des acteurs de la santé.

Tout est fait pour rendre les *packagings* séduisants et attirants. La publicité et le *packaging* du tabac sont et restent des facteurs favorisants, incitant à commencer la consommation de tabac. Nous avons des leviers pour agir sur ces facteurs. Vous parlez toujours de coûts, mais ceci ne coûte rien à l'État. Il s'agit de leviers que nous devons utiliser. Nous verrons si, oui ou non, après autant de tergiversations sur ce dossier, les choses seront concrétisées avant la fin de cette législature. "ASAP" est sûrement le mot qui convient à ce dossier. Vous ne le lui avez pas appliqué.

ment pas cette accusation!

11.07 Catherine Fonck (cdH): Zelfs als parlements lid weiger ik elk contact met de sigarettenfabrikanten, want in casu is de gezondheid het enige dat telt. De gezondheidsactoren pleiten er al jaren voor om actie te ondernemen en de sigarettenfabrikanten verzetten zich daartegen: met u is het een stap vooruit, twee stappen achteruit. U zegt dat u actoren zult raadplegen: de enige actoren die u moet raadplegen zijn de gezondheidsactoren!

Reclame en verpakking zijn factoren die aanzetten tot roken. We beschikken daarvoor over hefboomen die de Staat niets kosten en die in werking moeten worden gesteld. Zult u, na zo lang gedraald te hebben, dat dossier, dat zo snel mogelijk had moeten worden aangepakt, nog vóór het einde van de legislatuur handen en voeten geven?

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

12 Samengevoegde vragen van

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum in Opglabbeek" (nr. 22522)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum in Hoboken" (nr. 22523)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 22528)
- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de audit van de wijkgezondheidscentra door KPMG" (nr. 23101)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de resultaten van de audit van de wijkgezondheidscentra door KPMG" (nr. 23102)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van KPMG over de medische huizen" (nr. 23178)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van de medische huizen" (nr. 23207)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opheffing van het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 23218)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de KPMG-audit van de wijkgezondheidscentra" (nr. 24043)

12 Questions jointes de

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison

médicale d'Opglabbeek" (n° 22522)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale de Hoboken" (n° 22523)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 22528)

- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23101)

- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les résultats de l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23102)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales par KPMG" (n° 23178)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales" (n° 23207)

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la levée du moratoire sur les maisons médicales" (n° 23218)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit KPMG des maisons médicales" (n° 24043)

La **présidente**: MM. Van Hees et Hedebouw ne sont pas présents.

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): De vraag over het moratorium van de wijkgezondheidscentra mag worden geschrappt, aangezien ze achterhaald is.

Destijds antwoordde u geen weet te hebben van een wijkgezondheidscentrum in Opglabbeek en u zei dat er alleszins geen sprake was van een erkenning. Nu het moratorium is opgeheven, is het speelveld wel veranderd. Wat is de stand van zaken in dat dossier? Ik heb alvast de link naar de website bij mijn vraag vermeld.

U meldde dat het betreffende centrum een en ander via prestatiegeneeskunde zou doen, maar van de website leren wij dat het wel degelijk forfaitaire geneeskunde aanbiedt. Hoe verklaart u dat? Wat is de stand van zaken?

Voorts las ik in het weekblad *Knack*: "Concreet wil de PVDA in de komende weken en maanden tienduizenden mensen bevragen, niet via een commercieel enquêtebureau, maar rechtstreeks met honderden vrijwilligers overal in Vlaanderen. Grosso modo zijn drie plaatsen voor ons belangrijk: deur aan deur, bedrijven en kantoren..., en wachtkamers van Geneeskunde voor het Volk in Hoboken, Deurne..." Er wordt dus door de PVDA letterlijk gezegd dat het WGC in Hoboken een actiecentrum is om propaganda te voeren. Dat heb ik al eerder onder uw aandacht gebracht. U ontkende de problematiek toen. Nu denk ik dat hiermee een heel duidelijk schriftelijk bewijs geleverd is.

Kunt u nu erkennen dat er in het WGC van Hoboken effectief aan propaganda gedaan wordt? Welke maatregelen plant u hier tegen?

Ik heb ook een aantal vragen rond de audit zelf, die nu afgerond is. Het opgeleverde gedeelte van de studie betreft in feite een enquête bij de WGC's zelf. Waar is de vergelijking met de andere zorgvormen, zoals de prestatiegefinancierde huisartsengeneeskunde? Het is natuurlijk mooi dat de praktijk van de WGC's in kaart wordt gebracht, maar ons benieuwt vooral een vergelijking met de prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken.

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): À l'époque, la ministre avait affirmé ne pas être au courant de l'existence d'une maison médicale à Opglabbeek. À présent que le moratoire est levé, les choses ont changé sur le terrain. Où en est-on sur le plan de l'avancement de ce dossier? Le site internet indique que ce centre propose bel et bien un système de médecine forfaitaire. Comment la ministre explique-t-elle cela?

S'agissant de la maison médicale de Hoboken, un article paru dans *Knack* indique que le PTB souhaite utiliser entre autres les salles d'attente de l'organisation Médecine pour le Peuple pour sonder les intentions électorales de dizaines de milliers de personnes. La maison médicale de Hoboken deviendrait donc un centre de propagande politique. J'avais déjà prévenu la ministre à ce sujet, elle peut donc me croire sur parole. Est-elle aujourd'hui convaincue que le PTB utilise effectivement la maison médicale de Hoboken à des fins de propagande? Quelles mesures prévoit-elle pour lutter contre cette pratique?

La partie connue de l'audit concerne une enquête menée auprès des maisons médicales

Blijkbaar heeft een deel van de WGC's, met name het eerder genoemde Geneeskunde voor het Volk, niet deelgenomen aan de enquête. Hoeveel WGC's werden er bevestigd en hoeveel daarvan hebben geweigerd deel te nemen? Wat betekent dat volgens u voor de representativiteit van de studie? Waarom hebt u geen echte doorlichting gevraagd van alle WGC's, ook die van Geneeskunde voor het Volk, met een vergelijking met de prestatiegefinancierde huisartsengeneeskunde?

Ten derde, welke conclusies trekt u zelf uit uw enquête en welke gevolgen zult u daaraan geven? Zullen de WGC's vanaf nu weer onmiddellijk erkend kunnen worden, met de financiering en de voorwaarden zoals die daarvoor bestonden? Er wordt in de studie bijvoorbeeld wel gewezen op de nood aan een plan inzake geografische spreiding. Op welke termijn plant u de werkzaamheden van de groep precies?

Ten vierde, hebt u uitsluiting over de patiëntenpopulatie? Vaak wordt er gezegd dat de WGC's een jongere patiëntenpopulatie hebben. Ik heb daarover een schriftelijke vraag gesteld, waarbij dat ook werd bevestigd. Klopt dat? Wordt dat ergens in de oefening meegenomen?

Ten vijfde, momenteel kunnen de WGC's een beroep doen op bijkomende steun, in tegenstelling tot de prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken, zoals renteloze leningen van ziekenfondsen. Blijft dat voor u mogelijk of wilt u daaraan paal en perk stellen?

Ten zesde, welk budget ging er vorig jaar, vóór het moratorium, naar de WGC's? Hoeveel patiënten zijn daaraan verbonden? Hoeveel budget ging er naar de prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken? Hoeveel patiënten zijn daaraan verbonden?

Ten slotte, uit de enquête blijkt ook dat de Vlaamse WGC's beter met de middelen omgaan dan de Waalse. Hoe verklaart u dat verschil? Welke acties plant u daarvoor?

elles-mêmes. Qu'en est-il de la comparaison avec les autres types de soins, notamment avec le système de médecine générale financé à la prestation? Combien de maisons médicales ont-elles été interrogées? Combien de maisons médicales ont-elles refusé de participer? Qu'impliquent ces refus pour la représentativité de l'étude? Pourquoi la ministre n'a-t-elle pas demandé qu'un audit de toutes les maisons médicales ainsi que de la Médecine pour le Peuple soit réalisé et qu'une comparaison soit effectuée dans ce cadre avec le système de médecine générale financé à la prestation?

Quelles sont les conclusions de la ministre à l'issue de l'enquête et quelles suites réservera-t-elle à ses résultats? Les maisons médicales seront-elles à nouveau agréées, aux mêmes conditions qu'autrefois et avec les mêmes financements? Qu'en est-il de la nécessaire répartition géographique? Est-il exact que la clientèle des maisons médicales est plus jeune? Les maisons médicales continueront-elles à bénéficier d'aides additionnelles, telles que des prêts sans intérêt accordés par des mutualités? Avant l'instauration du moratoire, quel a été, l'année dernière, le budget alloué respectivement aux maisons médicales et aux cabinets de médecin généraliste rémunéré à l'acte? Combien de patients fréquentent respectivement les deux?

Il ressort de l'enquête que les maisons médicales flamandes gèrent mieux leurs moyens que leurs pendantes wallonnes. Comment la ministre explique-t-elle cet écart et quelles actions développera-t-elle pour y remédier?

12.02 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, ik ben wat verwonderd dat mijn vraag nog aan de orde komt, want ik heb ze al gesteld in plenaire vergadering. Ik dacht dat ze hier dan automatisch zou worden geschrapd.

12.02 **Nathalie Muylle** (CD&V): J'ai déjà posé cette question en séance plénière.

De **voorzitter**: Hier niet.

12.03 Minister **Maggie De Block**: In het Vlaams Parlement wordt (...) procent van de vragen geweigerd omdat ze niet worden opgesteld zoals het moet. Wat hier gebeurt, vind ik eigenlijk schandalig. Het Parlement moet zichzelf wat meer respect gunnen.

12.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik respecteer u en zal het debat niet herhalen. In plenaire vergadering hebt u gezegd dat de werkgroep tegen april met voorstellen zal komen en ik zal dan met u de discussie voeren.

12.04 **Nathalie Muylle** (CD&V): La ministre m'a alors répondu que le groupe de travail présenterait ses propositions en avril. Je poursuivrai alors volontiers la discussion avec elle.

La **présidente**: Madame la ministre, vous donnerez évidemment la réponse qui vous semble la plus adaptée au vu de l'évolution du dossier.

12.05 **Daniel Senesael** (PS): Madame la présidente, tout comme la question précédente, cette question a été introduite il y a plusieurs semaines. Je ne vais pas reprendre les termes de la question. Il a été signalé que celle-ci a fait l'objet d'une intervention et d'un débat en séance plénière.

12.05 **Daniel Senesael** (PS): Wat zal de aangekondigde verbetering van de werking inhouden? Wie zal er zitting hebben in de werkgroep? Hoe staat het met het overleg met de wijkgezondheidscentra? Kunnen er nog nieuwe wijkgezondheidscentra erkend en gefinancierd worden?

Madame la ministre, comment les améliorations de fonctionnement annoncées sont-elles envisagées? Quelle est la composition de ce groupe de travail? Y a-t-il une concertation étroite avec les maisons médicales? Des recommandations étaient attendues. Je n'ai pas retenu de date bien précise à ce sujet. De nouvelles maisons médicales peuvent-elles encore être reconnues et financées pour le moment?

12.06 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je profite de l'occasion pour faire le point. Une étude a été effectuée par l'AMI (agence intermutualiste). Les conclusions de l'audit que vous avez demandé sont arrivées à l'automne. Vous avez levé le moratoire. Maintenant, il faut suivre le dossier. Pouvez-vous nous donner des éléments plus concrets quant au suivi à donner? Comment allez-vous combiner les informations dont vous disposez grâce aux travaux qui ont été menés? Les deux études se basent parfois sur des critères et des grilles de lecture différents, mais intéressants et, à mon sens, complémentaires.

12.06 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Kunt u concretere informatie geven over dit dossier? De twee studies gaan uit van twee verschillende, maar complementaire visies. Hoe zult u de in het kader van die studies vergaarde informatie gebruiken?

12.07 Minister **Maggie De Block**: In aanvulling op wat ik in de plenaire vergadering heb gezegd in antwoord op uw vraag over het wijkgezondheidscentrum in Opglabbeek, mevrouw Van Camp, kan ik u het volgende meedelen. Het wijkgezondheidscentrum in Opglabbeek is op zich eigenlijk geen wijkgezondheidscentrum, maar een bijkomende consultatieruimte van het medisch huis Althea, dat al in een forfaitair systeem werkt sedert 1 juli 2000.

12.07 **Maggie De Block**, ministre: La maison médicale d'Opglabbeek n'est pas une maison médicale indépendante mais un espace de consultation satellite de la maison médicale Althea. Ce mode de fonctionnement n'étant pas interdit, il n'y a pas lieu de prendre des mesures.

Wij hebben daar dus eerst gezocht naar een wijkgezondheidscentrum, maar er was geen. Er bleek echter wel een consultatieruimte, een satelliet, te zijn van een bestaand wijkgezondheidscentrum. De huidige regelgeving sluit die werkwijze niet uit, waardoor wij geen maatregelen daarvoor in overweging moeten nemen.

Si le PVDA enquête auprès de la maison médicale d'Hoboken, nous pouvons en penser ce que nous voulons mais selon mes informa-

Wat uw tweede vraag over Hoboken betreft: als dat gebeurt, dan kunnen wij daar allemaal het onze van denken, maar de vraag is of de betreffende activiteiten interfereren met het verlenen van de gezondheidszorg waarvoor de forfaitaire bedragen worden betaald. Op basis van de informatie waarover ik beschik, is dat niet het geval. Binnen de wetgeving op de verplichte ziekteverzekering zie ik dus geen rechtsgrond om daarin zelf actie te ondernemen.

Wat de vragen over de audit en het moratorium betreft, ik heb al op veel van die vragen geantwoord. Ik weet niet of u toen aanwezig was, mijnheer Senesael, maar ik heb onder andere gezegd dat er in afwachting van de audit een moratorium was. Vanaf het moment dat de audit opgeleverd werd, zou het moratorium worden opgeheven. Ik heb ook gezegd dat zij die een aanvraag deden aan bepaalde criteria zouden moeten voldoen. Zo vermijdt men om nog wijkgezondheidscentra te laten ontstaan zoals diegene waarvan uit de audit blijkt dat zij niet kostenefficiënt kunnen werken.

Hetzelfde is gebeurd met de wachtposten. Mag ik er nog aan herinneren dat ook tijdens het moratorium een aantal in aanvraag zijnde wijkgezondheidscentra doorgelaten werden door het Verzekeringcomité? Die hebben zich ook nog kunnen vestigen.

Het is merkwaardig dat een aantal vragen die op dat moment al binnen waren, niet toegevoegd werden. Ik heb toen vijf vragen gekregen. Een aantal vragen had daaraan nog toegevoegd kunnen worden.

Ik heb duidelijk aangegeven wat wij uit de audit hebben geleerd, ook wat niet in de audit staat, maar sommigen er toch in hebben gelezen, zonder hem te lezen.

Er is duidelijk sprake van een aantal pijnpunten in de audit, zoals een overfinanciering van de wijkgezondheidscentra, namelijk de vaststelling dat de financiering per patiënt hoger is dan de kostprijs van de prestatie die per patiënt wordt geleverd. Wij zijn ook financieel nagegaan waar die overfinanciering vandaan komt. Dat is een mechanisme waarbij de financiering ter zake altijd op verschillende manieren is verhoogd, meer bepaald op drie verschillende momenten.

Ook is er een gebrek aan transparantie van de financieringsbronnen, wat hier door mevrouw Van Camp is aangehaald.

Het klopt dat er een forfaitaire financiering van het RIZIV voor de patiënt is. Andere hebben echter ook nog andere financieringsbronnen, bijvoorbeeld van de provincie, van de gemeente, van de stad en van een aantal welzijnsorganisaties, waarbij het ene aan het andere is gelieerd.

Er is ook onvoldoende registratie van patiëntencontacten. Er is zeker ook, zoals zij zelf aangeven, onvoldoende registratie van de doorverwijzing naar de tweede lijn.

Er is een laag aantal patiënten per actieve arts en een hoog aantal huisartsen in opleiding. Op dat vlak ben ik ongerust over de kwaliteit van de opleiding: weinig patiënten voor een erkende huisarts en veel huisartsen in opleiding. Volgens mij loopt een huisarts in opleiding daar het risico te weinig expertise te ontwikkelen en te weinig

tions, ces activités n'interfèrent pas avec les prestations de soins dans le centre. La loi relative à l'assurance-maladie obligatoire ne me procure pas de fondement juridique pour intervenir.

Quant à la question du moratoire, j'y ai déjà souvent répondu. Le moratoire ne valait que tant que l'audit était en cours et il a ensuite été abrogé. Les nouvelles maisons médicales doivent répondre à une série de critères, de sorte qu'il est désormais interdit de créer des centres qui ne soient pas rentables. Au cours du moratoire aussi, le Comité de l'assurance a d'ailleurs laissé passer un certain nombre de demandes.

L'audit a épinglé quelques problèmes, comme le "surfinancement". Le financement par patient est supérieur au coût des prestations par patient. Les sources de financement souffrent également d'un manque de transparence. L'INAMI accorde un financement forfaitaire pour le patient, mais certaines maisons médicales reçoivent, en plus, de l'argent de la province, de la ville ou d'organisations d'aide sociale. De plus, les données concernant les contacts-patients et les réorientations de patients ne sont pas suffisamment enregistrées. Je m'inquiète, par ailleurs, du nombre important de médecins généralistes en formation. Ils examinent trop peu de patients pour acquérir une expertise suffisante. La faible participation des médecins des maisons médicales aux postes de garde est un autre problème mis en évidence.

Les maisons médicales ont largement prêté leur concours à la réalisation de l'audit, même s'il est exact qu'un groupe a refusé de le faire.

patiënten te zien.

Er is ook een kleine deelname aan wachtdiensten door artsen verbonden aan wijkgezondheidscentra, wat een probleem op het terrein is. De patiënten van de wijkgezondheidscentra zijn er forfaitair ingeschreven. Zij komen in de huisartsenwachtposten terecht, waar zij moeten betalen, of zij komen terecht bij de huisartsen van wacht, zoals er nog altijd veel zijn, tijdens het weekend of 's nachts.

Er zijn dus genoeg pijnpunten.

Mevrouw Van Camp, ik ben het juiste aantal kwijt. Er was echter een voldoende deelname aan de vragen door de wijkgezondheidscentra. Alleen heeft één groep inderdaad manifest geweigerd.

U schudt neen.

12.08 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik schud neen, omdat ik dat wel heel problematisch vind, omdat dat een groep is die in het verleden gekend was voor tekorten en een gebrekkige kosteneffectiviteit. Als die hele groep eruit is, dan beïnvloedt dat natuurlijk wel enorm de resultaten.

12.08 Yoleen Van Camp (N-VA): C'est un réel problème. L'ASBL Médecine pour le Peuple était déjà autrefois connue pour ses déficits et ses piètres prestations en matière de gestion efficace des coûts. Le refus de la maison médicale de participer à l'audit influence les résultats de celui-ci.

12.09 Minister Maggie De Block: Ja, maar er staat ook genoteerd dat zij manifest hebben geweigerd om mee te werken en dus is er voor geopteerd om de audit toch te laten uitvoeren op de andere wijkgezondheidscentra, en dat waren er genoeg. Als er conclusies uit worden getrokken, dan zullen die echter ook worden toegepast op de wijkgezondheidscentra van Geneeskunde voor het Volk, maar blijkbaar durfden zij hun jaarrekeningen niet voorleggen en hun financieringsbronnen niet bekendmaken. Misschien zouden sommigen daardoor gecompromitteerd geweest zijn, want wij weten dat daarmee hier en daar in ons land nogal wat politieke werking gebeurt. Het is echter zo, en er hebben genoeg wijkgezondheidscentra meegewerkt om betrouwbare resultaten op te leveren.

12.09 Maggie De Block, ministre: C'est exact, mais leur refus catégorique a été acté. Nous avons obtenu la coopération de suffisamment d'autres maisons médicales pour assurer l'exécution d'un audit fiable. De plus, les conclusions s'appliqueront à la totalité des maisons médicales, Médecine pour le Peuple comprise.

Ik heb aan een werkgroep gevraagd om voorstellen te doen over hoe wij de werking van de wijkgezondheidscentra en de financiering ervan kostenefficiënter kunnen maken en hoe wij kunnen werken aan de kwaliteit, onder meer de kwaliteit van de opleiding van de huisartsen en de continuïteit van de zorg. De werkgroep zal mij voor het einde van de maand april voorstellen bezorgen en is samengesteld uit de leden van de Commissie Forfait en de leden van het Verzekeringscomité. Dat is ook een hele vooruitgang in vergelijking met vroeger omdat toen de Commissie Forfait alleen beslissingen kon nemen, terwijl nu het Verzekeringscomité ook betrokken wordt. De werkgroep mag voorts ook een beroep doen op experts, maar het zal dus nog zo'n twee maanden duren vooraleer wij daarover verder kunnen discussiëren.

D'ici à la fin avril, un groupe de travail réunissant des membres de la Commission forfait et du Comité de l'assurance élaborera plusieurs propositions sur la base des résultats de l'audit.

L'écart n'est pas tellement marqué entre les maisons médicales flamandes et wallonnes, mais plutôt entre maisons médicales. Dès lors que l'INAMI dispose déjà des chiffres relatifs aux coûts des patients pour les médecins généralistes, l'audit n'a pas comparé ces coûts.

U zegt daarnaast dat er een opvallend verschil was tussen Vlaamse en Waalse wijkgezondheidscentra, maar volgens mij waren er opvallende verschillen tout court tussen wijkgezondheidscentra, niet alleen tussen Vlaamse en Waalse wijkgezondheidscentra. Er werd

inderdaad geen vergelijking gemaakt – dat werd ook niet gevraagd in deze audit – van de kosten van patiënten bij huisartsen, want die kosten kent het RIZIV al.

Madame Gerkens, je refuse de parler de l'audit et d'implémenter les conclusions d'une étude qui n'était pas une étude de l'agence intermutualiste, mais d'une étude qui a été "échauffée" avant de disposer des conclusions de l'audit et qui avait une tout autre portée.

Dat was een steekproef waarbij vergelijkingen gemaakt zijn die totaal van de pot gerukt zijn, waar men sprak over de kosten die gemaakt zijn in de wijkgezondheidscentra. Men zegt dan dat zij in de eerste lijn twee keer zo duur zijn, maar dat zij minder doorverwijzen naar de tweede lijn. De wijkgezondheidscentra zeggen echter dat ze die doorverwijzingen niet bijhouden. Wij moeten ook de kosten van de rusthuizen en de zorg voor ouderen erbij tellen, waarbij zij niet betrokken zijn, omdat er meer jonge mensen in dat systeem zitten dan bij de gewone huisartsen.

Dat zijn allemaal scheeftrekkingen die een eigen leven gaan leiden en die door een aantal papegaaien herhaald worden. Die dingen worden ook wel opzettelijk in de pers gegooid, zonder dat een fatsoenlijke audit gevoerd kan worden.

Ik weiger rekening te houden met die studie, die geen studie is maar een steekproef die geëxtrapoléerd werd. Daar zijn zaken bij gesleurd die niet ter zake doen. Zulke studies kan ik met een natte vinger ook maken.

12.10 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt voor uw duidelijk antwoord. Bij mij staan echter nog twee vragen open.

Ten eerste, u zei dat zij een beroep kunnen doen op renteloze leningen van bijvoorbeeld de mutualiteiten. Begrijp ik het dan goed dat u geen plannen hebt om dat te verbieden?

12.11 Minister Maggie De Block: Natuurlijk. Ik heb die vraag toen ook beantwoord. Ik heb dat in de plenaire vergadering gezegd. U was daar. Ik heb gezegd: is het de taak van wijkgezondheidscentra renteloze leningen aan te bieden? Is het hun taak een opvangcentrum voor zehonden te sponsoren? Dat heb ik allemaal gezegd in de plenaire vergadering. Ik zal u dat antwoord geven.

12.12 Yoleen Van Camp (N-VA): Het is dus uw plan daar paal en perk aan te stellen?

12.13 Minister Maggie De Block: Ja, natuurlijk. Dat is niet de bedoeling van een wijkgezondheidscentrum. De bedoeling is de gezondheid van de mensen in de eerste lijn te garanderen, niet om renteloze leningen aan tutti quanti te geven.

12.14 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijn vraag ging vooral over het feit dat zij renteloze leningen krijgen voor hun werking, niet over het feit dat zij er zelf aanbieden.

Ik weiger de conclusies van de studie die niet is uitgevoerd door het InterMutualistisch Agentschap uit te voeren.

Il s'agissait d'un sondage qui a donné lieu à des comparaisons complètement insensées. Je refuse de tenir compte de cette étude, qui n'était pas une étude mais un sondage extrapolé dans lequel on a amené des éléments non pertinents.

12.10 Yoleen Van Camp (N-VA): La ministre a dit que ces maisons médicales pouvaient obtenir des prêts sans intérêts des mutualités, par exemple. La ministre n'a-t-elle pas l'intention d'interdire de telles pratiques?

12.11 Maggie De Block, ministre: J'ai répondu à cette question en séance plénière.

12.13 Maggie De Block, ministre: L'objectif d'une maison médicale est d'assurer les soins de santé de première ligne et non d'octroyer des prêts sans intérêts à *tutti quanti*.

12.14 Yoleen Van Camp (N-VA): Ma question portait principalement sur le fait que ces maisons médicales obtiennent des prêts

sans intérêts pour financer le lancement de leurs activités et leur fonctionnement, et non sur le fait qu'elles en proposeraient elles-mêmes.

12.15 Minister **Maggie De Block**: Zij bieden er ook aan.

12.15 **Maggie De Block**, ministre: Elles en proposent également.

12.16 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mijn vraag ging over de leningen die zij afsluiten voor hun opstart en dergelijke.

12.16 **Yoleen Van Camp** (N-VA): La ministre a répondu que l'on n'avait pas demandé de comparaison avec les cabinets de médecins généralistes dont le financement s'effectue à la prestation.

Ik heb nog één vraag die openstaat. U zei al in uw antwoord dat u geen vergelijking met de prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken hebt gevraagd.

12.17 Minister **Maggie De Block**: Dat kan ook niet in een audit.

12.17 **Maggie De Block**, ministre: Cela ne peut pas se faire dans le cadre d'un audit.

12.18 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik heb u gevraagd naar de cijfers: welk budget gaat er naar de WGC's en hoeveel patiënten zijn daaraan verbonden, en hoeveel budget gaat er naar de prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken?

12.18 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Quel est le budget alloué aux maisons médicales et combien de patients sont-ils affiliés à celles-ci? Quel est le budget alloué aux cabinets de médecins généralistes où est pratiqué le financement à la prestation?

12.19 Minister **Maggie De Block**: Ik nodig u uit die studie te lezen. Dat staat daar concreet in. Bij mij is het een tijd geleden. Die studie is al lang geleden gepubliceerd. Ik heb er een heel weekend over gedaan om ze te lezen. Ik nodig u uit ze te lezen. Ze is echt interessant.

12.19 **Maggie De Block**, ministre: Ces informations figurent dans l'étude. Le budget annuel alloué aux maisons médicales est de quelque 170 millions d'euros.

Ik meen dat er nu een budget van ongeveer 170 miljoen per jaar naar de wijkgezondheidscentra gaat. *Correct me if I'm wrong*. Hoeveel patiënten daar ontvangen worden, staat in de studie.

Il y en a dans le lot qui pratiquent une gestion des coûts plus efficace que d'autres. Pour cela, il faut aussi atteindre une certaine taille.

Er zijn er bij die wel kostenefficiënter werken dan andere. Zoals bij de wachtposten zien wij daarin wel een factor. Er moet ook een zekere schaalgrootte zijn om daar kostenefficiënt te zijn.

12.20 **Yoleen Van Camp** (N-VA): En voor de andere praktijken, wat zijn daar de cijfers?

12.20 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Quels sont les chiffres pour les autres cabinets?

12.21 Minister **Maggie De Block**: Welke praktijken?

12.22 **Yoleen Van Camp** (N-VA): De prestatiegefinancierde huisartsenpraktijken, hun budget en het aantal patiënten?

12.23 Minister **Maggie De Block**: Dat zit verdeeld tussen honoraria voor huisartsen. Ik zal u de cijfers bezorgen. Met een begroting van 25 miljard, excuseer dat ik niet alle cijfers van buiten ken. Ik wil geen stomiteiten zeggen. Vorig jaar was het om en bij de 170 miljoen

12.23 **Maggie De Block**, ministre: Ils sont répartis entre les honoraires des médecins généralistes. Je vous transmettrai les

voor de wijkgezondheidscentra.

12.24 Nathalie Muylle (CD&V): 163 miljoen.

12.25 Minister Maggie De Block: Ze hebben een overschrijding van 8 miljoen gedaan, dus 163 miljoen en 8 miljoen overschrijding.

12.26 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik zal die cijfers opvragen, zodat ik de vergelijking kan maken.

U zegt dat er genoeg WGC's deelnamen. Ik vind dat toch problematisch. U zegt dat dit er niet toe doet, want de conclusies zullen worden toegepast op heel de sector. Die conclusies worden natuurlijk beïnvloed doordat een sector, die waarschijnlijk iets te verbergen heeft, niet wordt meegenomen. U zegt dat heel correct.

12.27 Minister Maggie De Block: De keuze was er, ofwel laten wij de audit niet uitvoeren. Dit was niet de enige sabotage van die audit. Dat is ook de reden waarom er zo laat mee werd gestart. Er waren veel mensen die de audit nooit het licht wilden laten zien.

Wij hebben doorgezet en die audit laten uitvoeren en met de hulp van uw partij en van de regeringspartijen gezegd dat het moratorium niet zal worden opgeheven vooraleer die audit is afgerond. Daarna hebben die anderen wel meegewerkt, maar in het begin was dat ook niet het geval.

12.28 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt.

12.29 Daniel Senesael (PS): Pour faire bref, simple et court, et puisqu'une réplique ne doit pas servir à poser d'autres questions, je vous donne rendez-vous fin avril, madame la ministre.

12.30 Maggie De Block, ministre: C'est le mois de mon anniversaire.

chiffres. L'année dernière, environ 170 millions d'euros sont allés aux maisons médicales.

12.24 Nathalie Muylle (CD&V): Le chiffre exact est de 163 millions d'euros.

12.25 Maggie De Block, ministre: Ce qui représente donc un dépassement de 8 millions d'euros.

12.26 Yoleen Van Camp (N-VA): Je demanderai ces chiffres, de sorte à pouvoir établir la comparaison. La ministre affirme qu'un nombre suffisant de maisons médicales a participé à l'audit. Cela m'interpelle. Elle déclare que le refus de coopérer de certaines d'entre elles ne change rien, dès lors que les conclusions de l'audit seront appliquées à l'ensemble du secteur. Mais l'absence d'un groupe qui a probablement quelque chose à cacher, a évidemment une incidence sur ces conclusions.

12.27 Maggie De Block, ministre: De nombreuses personnes auraient préféré que cet audit soit jeté aux oubliettes. C'est notamment pour cette raison qu'il a démarré si tardivement. Nous avons tenu bon et demandé son exécution. Soutenus par les partis du gouvernement, N-VA comprise, nous avons déclaré que le moratoire ne serait pas levé tant que l'audit ne serait pas terminé. C'est l'argument qui a finalement incité les autres maisons médicales à coopérer, mais au départ, elles n'y étaient pas disposées.

12.29 Daniel Senesael (PS): We spreken elkaar dus eind april.

12.31 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Fin avril, ce sera le mien aussi. Nous fêterons cela en parlant des maisons médicales.

Concernant l'ensemble des données, des éléments s'ils sont complémentaires, sont également de nature différente et comportent des objectifs différents. C'était le cas de l'étude de 2008 du KCE qui utilisait, elle aussi, une autre méthodologie. Je trouve que la pratique des maisons médicales mérite que l'on s'interroge sur la globalité pour trouver les spécificités de ces institutions et améliorer leur fonctionnement, sur la base des différentes données dont l'on dispose. L'ensemble était intéressant.

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

La **présidente**: Madame la ministre, pour certaines questions posées, vous dites y avoir déjà répondu. Je souhaite rappeler que c'est vous qui pouvez le dire et non moi. Pour ne pas vous répéter, votre réponse peut donc très bien être: "J'ai déjà répondu. Allez consulter la réponse à la question!" Je ne peux pas le faire, mais vous le pouvez, à partir du moment où les services de la Chambre vous adressent les questions.

13 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbeteren van de toegang tot innovatieve therapieën" (nr. 22524)

13 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'amélioration de l'accès aux thérapies innovantes" (n° 22524)

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het is inmiddels bijna twee jaar geleden dat ik u een vraag stelde naar aanleiding van een verbintenis in het toekomstpact om de toegang tot innovatieve therapieën na goedkeuring te verbeteren of te versnellen. Momenteel dient u binnen de 180 dagen een beslissing ter zake te nemen. Als die beslissing positief is, gaan er nog eens 75 dagen overheen om die beslissing langs de Raad van State te laten passeren en ze te publiceren. U had er zich toe geëngageerd om de termijn van 75 dagen in te korten. U antwoordde destijds dat de termijn effectief ingekort zou worden, dat er hiervoor IT-aanpassingen zouden komen en dat het RIZIV een planning opstelde.

Mevrouw de minister, wat is er sindsdien al gebeurd? Wat moet er nog gebeuren? Tenzij ik mij vergis, is de termijn vandaag nog steeds niet ingekort. Welk tijdpad volgt het RIZIV? Wanneer wordt dat element van het pact uitgevoerd?

13.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, in afwachting van de echte dag 180+1-procedure, waarbij de termijn tussen het nemen van een beslissing en de inwerkingtreding ervan teruggebracht wordt tot één dag, werd al een versnelde procedure ingevoerd. Met ingang van 1 september 2016 treden alle beslissingen over de aanvraagdossiers voor vergoedbare geneesmiddelen die de rechten van de patiënt uitbreiden, een maand sneller in werking dan via de standaardprocedure. Het gaat hierbij over nieuwe vergoedbare geneesmiddelen en bijkomende vergoedbare indicaties van reeds vergoedbare geneesmiddelen.

De versnelde inwerkingtreding is ook van toepassing voor de procedures die een gunstige budgettaire impact hebben voor de patiënt of de overheid op voorwaarde dat de toegang voor de patiënt minstens even goed blijft als voorheen.

13.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Dans le cadre du pacte d'avenir conclu entre la ministre et le secteur pharmaceutique, la ministre s'est engagée à améliorer ou à accélérer l'accès aux thérapies innovantes, après approbation. À l'heure actuelle, la ministre a 180 jours pour prendre sa décision. Passé ce délai, 75 jours sont encore nécessaires pour la publication de cette décision. Ces délais ont-ils déjà été écourtés?

13.02 Maggie De Block, ministre: En attendant que le délai entre la prise d'une décision et son entrée en vigueur soit réduit à un seul jour, une procédure accélérée a déjà été introduite. À partir du 1^{er} septembre 2016, l'entrée en vigueur des décisions relatives aux médicaments qui élargissent les droits des patients est accélérée d'un mois. L'INAMI rassemble toutes les décisions prises au cours d'un mois donné dans un projet d'arrêté ministériel. Dans le cadre de la procédure standard, la

Via de standaardprocedure bundelt het RIZIV alle beslissingen van de maand X, bijvoorbeeld januari 2018, in een ontwerp van ministerieel besluit tot aanpassing van de lijst van de vergoedbare geneesmiddelen. Na het doorlopen van de administratieve procedure en de publicatie in het *Belgisch Staatsblad* treedt dat besluit in werking op de eerste dag van de maand X+3. Als de beslissing genomen is in januari 2018, dan wordt ze dus van kracht op 1 april 2018. Dat is dus de standaardprocedure.

Via de versnelde procedure bundelt het RIZIV de beslissingen van de minister van de maand X, bijvoorbeeld januari, die de rechten van de patiënt uitbreiden, in een afzonderlijk ontwerp van ministerieel besluit dat in werking treedt op de eerste dag van de maand X+2, in dit geval dus op 1 maart.

De ministeriële besluiten verschijnen na het doorlopen van de administratieve procedure ook in het *Belgisch Staatsblad*, maar de inwerkingtreding en de terugbetaling gelden reeds vroeger. Om praktische technische redenen komt de datum van inwerkingtreding van de versnelde beslissing overeen met de dag volgend op de dag waarop het RIZIV-referentiebestand van alle vergoedbare geneesmiddelen op de RIZIV-website beschikbaar wordt gesteld. Het RIZIV voorziet wel in een officieuze communicatie ervan per mail aan zijn externe gebruikers tien dagen voor de inwerkingtreding. Dat zijn de verzekeringsinstellingen, de tarifieringsinstellingen, APB, OPHACO, de ziekenhuizen en BCFI.

Zoals ik reeds stelde in het vorig antwoord, vereist de echte dag 180+1-procedure het gebruik van één enkele authentieke bron geneesmiddelen. Ondertussen werd einde 2019 vooropgesteld als datum voor een gemeenschappelijke en volledige overschakeling naar die enkelvoudige authentieke bron geneesmiddelen, genoemd SAM 2.0, door alle stakeholders die betrokken zijn bij het geneesmiddelenproces en/of een rol spelen bij de terugbetaling van geneesmiddelen. Het is de techniciteit van de ene, authentieke bron die ons parten speelt. Dat is niet prettig, zeker niet voor mij. Ik heb al meermaals gevraagd of een en ander niet sneller kan, maar dat is blijkbaar onmogelijk omdat men ook over de nodige ICT moet beschikken.

13.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt daarvoor. Ik deel uw ontgoocheling over het feit dat een en ander zo laat komt, maar het blijft natuurlijk een heel mooie maatregel.

décision entre en vigueur le premier jour du troisième mois suivant la prise de décision. Ainsi, si la décision est prise en janvier 2018, elle entre en vigueur le 1^{er} avril 2018. Grâce à la procédure accélérée, la décision entre en vigueur le premier jour du deuxième mois suivant la prise de décision.

Afin de limiter la procédure à 180 jours +1, l'utilisation d'une seule source authentique de médicaments s'indique. C'est prévu pour fin 2019. Je déplore également que la procédure soit si lente pour des raisons techniques.

13.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Cela prend effectivement du temps mais il s'agit d'une mesure positive.

*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 toekomst van de verpleegkunde-opleidingen, de banaba's en postgraduat" (nr. 22525)

14 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des formations en soins infirmiers, les bacs post-bac et les formations de postgraduat" (n° 22525)

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, de verpleegkundige opleiding staat voor hervormingen. De banaba's zouden in de vierjarige opleiding worden gekanteld en de financiering van de banaba's zou worden stopgezet.

14.01 Yoleen Van Camp (N-VA): La formation en soins infirmiers est sur le point d'être réformée. Les bacs post-bac basculeraient

De sector meldt dat het onmogelijk is om de kennis van de verschillende verpleegkundige vervolgoopleidingen in het vierjarige programma te proppen. Gespecialiseerde zorg blijft wel noodzakelijk voor verschillende diensten zoals oncologie, geriatrie, spoed en intensieve zorgen. Dat erkennen ook de AUVB en de beroepsorganisaties.

De hogescholen proberen zich ondertussen voor te bereiden op het academiejaar 2021-22, het moment waarop de banaba's niet langer zouden worden gefinancierd. Zij weten echter niet wat hen dan te wachten staat, doordat in de wetgeving aan bepaalde gespecialiseerde handelingen nog altijd wel de bijzondere beroepstitels worden gekoppeld, zoals het KB van 21 maart 2003 dat bepaalt dat chemo alleen mag onder toezicht van verpleegkundigen met een brevet, de bijzondere beroepstitel of BBT onco; of het KB van 27 maart 1998, dat bepaalt dat op een dienst intensieve zorgen steeds minstens twee verpleegkundigen aanwezig moeten zijn, waarvan een met de BBT spoed en inzo. De erkenning van de diensten is hieraan gekoppeld. In het ministerieel besluit van 19 april 2007 worden de criteria voor de BBT's geschetst, onder meer 450 uur theoretische opleiding.

De beslissing om de banaba's deels te laten inkantelen in de nieuwe vierjarige bacheloropleiding Verpleegkunde werd deels genomen om net de stagecomponent in dit vierjarig programma mogelijk te maken – 2 300 uur stage – en zo te voldoen aan de Europese norm.

Binnen de VLHORA werd geopperd dat het onmogelijk is om de vervolgoopleidingen volledig te laten inkantelen, maar dat de stagecomponent en de bachelorproef uit de vervolgoopleidingen wel kunnen worden gehaald, net omdat in de basisopleiding een grotere component stage wordt verwezenlijkt.

Het is haast onmogelijk om studenten in de nieuwe generalistische opleiding al de verplichte stages te laten doorlopen om carrière mogelijk te maken in een specifieke discipline. Er moet immers aangetoond worden dat de student alle domeinen doorlopen heeft. Daarnaast maakt deze maatregel het haast onmogelijk om binnen de vlakke verpleegkundige carrière een switch te maken van bijvoorbeeld een heelkundige dienst naar een gespecialiseerde dienst oncologie, net omwille van de genoemde koninklijke en ministeriele besluiten.

Mevrouw de minister, kunt u verduidelijken hoe de hogescholen de opleidingen nu precies zullen moeten invullen om nog aan de federale normen te voldoen? In welke zin zullen deze precies veranderen?

dans les formations en quatre années et leur financement serait arrêté.

Le secteur signale qu'il est impossible de faire entrer les diverses formations complémentaires dans le programme en quatre années. Les soins spécialisés restent nécessaires pour différents services et l'Union générale des infirmiers de Belgique et les organisations professionnelles le reconnaissent.

Les hautes écoles s'efforcent entre-temps de se préparer à l'année académique 2021-2022, lorsque les bacs post-bac ne seraient plus financés séparément. Mais elles ne savent pas comment elles doivent s'y prendre car certains titres professionnels sont liés à certains actes spécialisés.

La décision de laisser les bacs post-bac être absorbés dans le nouveau bachelier en soins infirmiers en quatre ans a été partiellement prise afin d'intégrer dans cette formation 2 300 heures de stage et de satisfaire ainsi à la norme européenne.

Au sein du VLHORA, on a avancé qu'il était possible d'intégrer le stage et l'examen de bachelier dans la formation en quatre ans, mais pas l'ensemble des matières des formations complémentaires. Il n'est pas possible de faire passer tous les stages de chaque discipline à un étudiant qui veut étudier une discipline spécifique. La mesure rend également un changement de carrière d'un service à l'autre impossible, en raison des AR et des AM concernant les actes spécialisés.

Comment les hautes écoles doivent-elles à présent concrétiser au juste les formations afin de satisfaire aux normes fédérales?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik ga u een aantal antwoorden geven, maar ik wil er toch

14.02 **Maggie De Block**, ministre: L'enseignement est une

op wijzen dat onderwijs een exclusieve bevoegdheid is van de Gemeenschappen. Er is niets veranderd aan de regelgeving verpleegkunde sinds de omzetting van de Europese richtlijn.

Via een interkabinettenwerkgroep van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ben ik de op de hoogte gebracht van het feit dat de Vlaamse banaba-opleidingen voor verpleegkundige specialisaties in de toekomst zullen verdwijnen. Men gaf echter aan dat deze kunnen worden vervangen door postgraduaatopleidingen. Vanuit Franstalige hoek werden mij geen wijzigingen doorgegeven. U zult hierover echter vragen moeten laten stellen aan de bevoegde minister van Onderwijs.

Ik heb al een paar keer te kennen gegeven dat het concept van verpleegkundige specialisaties voor mij kan worden hervormd.

Ik wil in twee specialisaties voorzien. Enerzijds, algemene specialisaties, bijvoorbeeld de acute of de chronische zorg, die kunnen worden behaald via aanvullende studiepunten in een postgraduaat of via de beroepspraktijk, op te bouwen via contractuele stages. Die gespecialiseerde verpleegkundigen zouden meer gespecialiseerde handelingen moeten kunnen uitvoeren dan de niet-gespecialiseerde verpleegkundigen. Anderzijds wens ik ook het concept van *advanced nursing practice* in de wetgeving op te nemen.

Om die twee types van specialisatie te kunnen ontwikkelen, heb ik mijn intenties te kennen gegeven. Ik heb ook een advies gevraagd aan de Federale Raad voor Verpleegkunde. Van zodra ik over dit advies beschik, zal ik onderzoeken of deze ideeën op elkaar aansluiten en of de federale wetgeving in die zin kan worden aangepast.

Het spreekt voor zich dat ik dergelijke wijzigingen zal voorstellen op de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, zodat ook de Gemeenschappen mij hun standpunten kunnen bezorgen en de onderwijsprogramma's tijdig kunnen worden aangepast.

compétence exclusive des Communautés. Rien n'a changé à la réglementation sur les infirmiers depuis la transposition de la directive européenne.

J'ai appris, par un groupe de travail intercabinets de la Conférence interministérielle Santé publique, que les formations de bacs post-bac flamandes pour les spécialisations infirmières disparaîtraient dans le futur et seraient remplacées par des post-graduats. Je ne suis pas au courant de la situation du côté francophone.

J'ai déjà indiqué plusieurs fois qu'il vaudrait mieux remanier les spécialisations infirmières. Je songe d'une part aux spécialisations générales qui peuvent être obtenues par le bais de crédits supplémentaires en post-graduat ou par une pratique professionnelle passant par des stages contractuels. Les infirmiers spécialisés devraient pouvoir poser davantage d'actes que les infirmiers non spécialisés. D'autre part, je souhaite ancrer dans la loi le concept de pratique infirmière avancée.

J'ai demandé dans ce cadre un avis au Conseil fédéral de l'art infirmier. Dès que j'en disposerai, j'examinerai s'il est opportun de modifier la législation fédérale. Je soumettrai bien entendu cette proposition à la Conférence interministérielle Santé publique.

14.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is duidelijk, bedankt.

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

15 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de te hoge prijs van medische hulpmiddelen" (nr. 22527)

15 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le prix trop élevé des dispositifs médicaux" (n° 22527)

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik stel deze vraag naar aanleiding van een artikel in *Het Laatste Nieuws* van 17 november 2017, over medische

15.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Selon un article publié dans le quotidien *Het Laatste Nieuws*, le

hulpmiddelen zoals rolstoelen of enkelbraces, die in dit land tot dubbel zoveel zouden kosten als elders. Er zou in 2007 al een aanbeveling zijn gebeurd door het KCE en ook wij hebben daarover vaak onze bedenkingen geuit. In dat verband verwijs ik naar onze opmerkingen bij spalken bij hallux valgus. Toen antwoordde u dat volop bekeken werd wat er op de lijst van terugbetaalde medische hulpmiddelen staat en of dat nog allemaal wetenschappelijk onderbouwd is. Op basis daarvan zou de lijst worden aangepast.

Daarom had ik graag een stand van zaken. Wat is er aan de lijst veranderd en wanneer?

Wat is het totaal budget dat jaarlijks wordt besteed aan medische hulpmiddelen? Wat wordt er vandaag allemaal terugbetaald? Ziet men regionale verschillen?

Wat loopt er mis met de prijszetting? Wat doet u om dit zo snel mogelijk te herevalueren? Op die manier verliezen wij immers miljoenen per jaar die aan de vele medische noden op het terrein of aan onze zorgverleners besteed zouden kunnen worden. Dat is onaanvaardbaar en dan zwijg ik nog over de kosten die de patiënt moet dragen.

Waarom is er sinds 2007, na het rapport van het KCE, niets of onvoldoende gebeurd, waardoor er nu, elf jaar later, nog steeds niets is opgelost?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, het project waarnaar u verwijst is zeer breed en heeft betrekking op een breed gamma aan medische hulpmiddelen. Het is inderdaad nog steeds lopende.

De principes van prijstransparantie en medische evidenties moeten leiden tot een herwerking van de terugbetaling en verdienen dus voldoende grondigheid. De werking van de prijszetting is overigens ook vervat in het project van de prijstransparantie.

De totale uitgaven van de sectoren orthopedie en bandagisterie bedroegen in 2015 218 miljoen euro en in 2016 224 miljoen euro. De uitgaven voor de mobiliteitshulpmiddelen zijn vervat in de zesde staats hervorming, waardoor niet meer het RIZIV bevoegd is voor de terugbetaling maar wel de deelstaten.

Ik heb hier voor u de volgende gegevens omtrent de uitgaven voor 2015 en 2016, per deelstaat, met betrekking tot de mobiliteitshulpmiddelen. Voor 2015 gaat het over een totaalbedrag van 85 miljoen, waarvan 59,5 miljoen voor de Vlaamse Gemeenschap. In 2016 gaat het over 89 miljoen, waaronder 62,5 miljoen voor de Vlaamse Gemeenschap.

Sinds de voorstelling van de studie van het KCE aan de Overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedistenverzekering-instellingen op 31 januari 2008 werden een aantal acties ondernomen door die commissie. Zo werden de terugbetalingen voor enkele soepele orthesen of bandages geschrapt uit de nomenclatuur. Die geschrapte verstrekkingen slaan op de soepele halskraag, het soepel enkelverband, de licht bewegingsbeperkende polsbrace en de elleboogbrace. Die maatregel bracht een besparing op van ongeveer

prix des dispositifs médicaux serait deux fois plus élevé en Belgique qu'ailleurs. Dans sa réponse à une question précédente sur ce même sujet, la ministre avait déclaré qu'un examen de la liste des dispositifs médicaux remboursés était en cours, de même qu'une réflexion sur la pertinence scientifique des remboursements accordés. La liste serait adaptée à l'issue de cette analyse.

Où est-on dans ce domaine? Quel est le montant annuel des remboursements de dispositifs médicaux? Observe-t-on des écarts régionaux? Où le bât blesse-t-il sur le plan de la tarification? Pourquoi rien n'a-t-il été entrepris depuis la publication en 2007 du rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé?

15.02 **Maggie De Block**, ministre: Il s'agit d'un projet de très grande envergure qui doit être abordé minutieusement. La question de la tarification est également traitée dans le projet relatif à la transparence des prix.

En 2016, les dépenses en orthopédie et bandagisterie ont atteint 224 millions d'euros. Depuis la sixième réforme de l'État, les dépenses afférentes aux dispositifs d'aide à la mobilité sont remboursées par les entités fédérées. En 2016, le montant des remboursements s'est élevé à 89 millions d'euros, dont 62,5 millions d'euros par la Communauté flamande.

Après la présentation de l'étude du KCE en 2008, la Commission de convention bandagistes – orthopédistes – organismes assureurs a décidé de supprimer de la nomenclature le remboursement du collier souple, de la chevillère souple, du bandage du poignet légèrement restricteur de mouvement et du bandage du

een kwart miljoen euro per jaar.

Een soepele kniebandage zit momenteel in een voorstel van een globale wijziging van de nomenclatuur voor knieorthesen, waarbij niet enkel die verstrekking geschrapt zal worden, maar indicaties en andere modaliteiten toegevoegd zullen worden aan de nomenclatuur voor die groep orthesen.

Voor mij zou het ook meer mogen zijn en sneller mogen gaan, maar het feit dat de bevoegdheid voor een groot deel van de mobiliteitshulpmiddelen onder andere bij het Vlaamse beleidsniveau zit, laat misschien toe om ter zake wat sneller te werken.

De respectieve bedragen voor de Duitstalige, de Franstalige en de Vlaamse Gemeenschap zal ik u bezorgen. Een deel valt ook onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Tot slot is er nog een deel waarbij de verblijfplaats van de patiënten die dergelijke zaken ontvangen hebben, niet bekend is.

15.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, aangezien ook de prijszetting een deelstaatbevoegdheid werd, zullen wij de kwestie op dat niveau aankaarten.

Bedankt voor uw antwoord.

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

*La réunion publique de commission est levée à 16.55 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.55 uur.*

coude. Ces mesures ont permis de réaliser une économie d'un quart de million d'euros par an. La suppression du bandage souple de genou figure également dans la proposition de modification générale de la nomenclature des orthèses de genou.

J'estime que tout pourrait aller plus vite. Le transfert à la Flandre des compétences relatives à une grande partie des dispositifs de mobilité améliorera peut-être la situation. Je vous remets les chiffres relatifs aux trois Communautés.

15.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Je comprends que la tarification est également devenue une compétence des entités fédérées.