

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 Gerken.

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

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 être 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 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 Caprasse (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.

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 régleme surtout 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 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**: Madame 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)

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

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 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 zonnestraalcentrum en de consument, op voorwaarde dat het zonnestraalcentrum ook een toestel heeft dat de 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 Michelinvrouwjes 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 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.

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 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.

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.

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.

04.05 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.

*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 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 des 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 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.

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.

05.05 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.

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 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 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 tussenkومت, 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.

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.

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.

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 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.

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

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, er geldt een strenge reglementering voor reclame

inzake voorschriftplichtige 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.

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 voorschriftplichtige geneesmiddelen. Indien reclame wordt gemaakt voor voorschriftplichtige 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.

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.

09.04 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.

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 doorgeduwd.

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?

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 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 partij vermits men rekening heeft gehouden met hun vraag.

Voor het acetabulaire gedeelte blijven de specifieke verstrekkingsen 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 revisieprotheses, 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.

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.

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 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 favorisant, 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.

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 Senesaël 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 Senesaël 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 geschrapt, 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 hiertegen?

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.

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? Werd 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?

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.

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.

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.

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.

12.07 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.

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.

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 Verzekeringscomité? 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 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.

12.09 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.

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.

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.

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

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

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.

12.18 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?

12.19 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.

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.

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?

12.21 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 stommiten zeggen. Vorig jaar was het om en bij de 170 miljoen 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.

12.31 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Fin avril, ce sera le mien aussi. Nous fêtons 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.

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.

*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 postgraduatens"** (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.

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?

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

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 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 verwijst 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 staatshervorming, 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-orthopedisten-verzekeringsinstellingen 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 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.