

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

WOENSDAG 15 FEBRUARI 2017

MERCREDI 15 FEVRIER 2017

Namiddag

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Anne Dedry.

La réunion publique de commission est ouverte à 14.25 heures et présidée par Mme Anne Dedry.

01 Vraag van mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwerving van nieuwe psychologen in het UZ Gent" (nr. 14602)

01 Question de Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'engagement de nouveaux psychologues à l'hôpital universitaire de Gand" (n° 14602)

01.01 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag is opnieuw actueler geworden door enkele initiatieven in de regering, maar ook door bepaalde recente reportages in de krant. Het gaat over transgenders. We zien dat meer personen zich uiten als transgender, dat het taboe toch een beetje wordt doorbroken. Die forse stijging leidt echter tot wachtlijsten bij het genderteam in het UZ Gent, waar transgenders terecht kunnen voor een behandeling.

In 2015 waren er 296 transgenders die zich hadden aangemeld voor een operatie die leidt tot een geslachtsverandering. Tien jaar geleden waren dat er slechts dertig. We zien daar echt een stijging. Dat is te danken aan positieve rolmodellen en aan de informatie over het thema, die beter verspreid wordt. Er zijn goede initiatieven, zoals de website van Transgender Infopunt. Daar vindt men ook dat het UZ Gent op dit ogenblik het enige ziekenhuis is met een multidisciplinair team dat de transitie volledig opvolgt.

De wachttijd voor een geslachtsoperatie, waar 70 % van de patiënten uiteindelijk voor kiest, kan vandaag blijkbaar oplopen tot twee jaar. Hierdoor stellen vele transgenders hun traject zelf samen, aangezien ze anders te lang moeten wachten op hun eerste gesprek met de psycholoog. Het gevolg is dat zij niet voorkomen in de statistieken. Voorts genieten zij ook vaak een minder kwalitatieve zorg. Sommigen laten zich bijvoorbeeld hormonen voorschrijven door artsen die daar niet de nodige expertise voor hebben.

Daarom heb ik enkele vragen voor u, mevrouw de minister.

U hebt aangekondigd dat u 1,17 miljoen euro zou vrijmaken voor de psychologische begeleiding van transgenders voor januari 2017. Deze nieuwe middelen zouden welkom zijn, zodat er nieuwe psychologen kunnen worden angeworven om opnieuw kwaliteitsvolle zorg te kunnen bieden. Is dat bedrag nog steeds gereserveerd en ondertussen ook bestemd?

Zal er ook werk gemaakt worden van andere multidisciplinaire teams in andere ziekenhuizen of is het echt de bedoeling de centralisatie in Gent voorlopig te behouden?

01.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Peel, het budget waarin werd voorzien, is er nog steeds. De voorbereidende werken om een en ander kwalitatief uit te rollen zijn momenteel in de laatste fase. Er is namelijk gewerkt aan een RIZIV-overeenkomst binnen het College van artsen-directeuren van de Rijksdienst voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Er zijn onder meer besprekingen gevoerd met de experts van instellingen die een transgenderprogramma hebben, zoals inderdaad het Universitair Ziekenhuis Gent, maar

ook het CHU van Luik.

Het is inderdaad de bedoeling de middelen doelmatig in te zetten bij enkele centra met heel veel expertise, aangezien het gaat om een beperkte doelgroep die een hooggespecialiseerde en holistische benadering vergt. Men moet overigens ook de medicalisering van deze problematiek van transgenderpersonen vermijden. Vandaar dat ik in eerste instantie inzet op de noodzakelijke psychologische ondersteuning.

Van een geconventioneerd centrum wordt verwacht dat het een zorgpad ontwikkelt, waarbij alle voorzieningen binnen een netwerk zijn betrokken. Deze voorzieningen zijn niet altijd ziekenhuizen. Zo is duidelijk dat de nazorg niet altijd in het geconventioneerd centrum zelf moet aangeboden worden. Deze zorgpaden – u hebt er al naar verwezen – zijn terug te vinden op de website van Transgender Infopunt.

Ik verwacht ook dat mogelijk andere ziekenhuizen in de toekomst nog gespecialiseerde zorg daarover zullen ontwikkelen. Alleen vergt dat een heel team van mensen met allerlei verschillende vormingen. Dat is in de loop der jaren gegroeid in het Gentse ziekenhuis en in het CHU Luik. Wat niet is, kan nog komen, maar ik verwacht niet dat dit zal worden ontwikkeld in een heel klein ziekenhuis, waar weinig volk naartoe kan gaan.

Er is natuurlijk ook het onderzoekswerk naar de zorgnood van die personen. Dat is zeer actueel. Via de universiteit blijft men het nodige onderzoek daarnaar doen. Ik meen dat het ook belangrijk is dat er op academisch vlak, wat tot voor kort nog in de kinderschoenen stond, aandacht wordt besteed aan de problematiek.

Psychologische ondersteuning is zeer belangrijk, want wij merken nu ook al dat sommige personen de een of andere beslissing te snel hebben genomen en nu voor de omgekeerde beweging kiezen. Dat is niet alleen fysiek heel moeilijk, maar ook psychologisch. Wij willen dat vermijden.

Wij zien ook dat de aanvragers steeds jonger worden. Dat heeft een goede kant, omdat vooral mannen hormonaal dan minder zijn ontwikkeld. Anderzijds is de fragiliteit van die groep nog veel groter en moeten zij goed psychologisch worden opgevolgd.

Zodra de overeenkomst er is, zal zij ook meteen geïmplementeerd worden. Het geld is er, maar we moeten een en ander wel in een overeenkomst gieten. Hieraan is echt goed doorgewerkt, ook met de mensen op het terrein.

Komen er nog centra? Sommigen maken gewag van een lange wachtlijst. Ik hoor echter ook het omgekeerde beweren, namelijk dat patiënten worden opgebeld met de mededeling dat hun ingreep kan worden vervroegd. Niet iedereen volgt immers dezelfde stappen.

Présidente: Muriel Gerkens.

Voorzitter: Muriel Gerkens.

01.03 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. De wachtlijsten situeren zich inderdaad vooral bij de psychologische begeleiding. U zet daar terecht op in en dat is goed: niet alleen woorden, maar ook daden. Zo kennen we u wel.

Als de medicalisering wat wordt weggenomen, een initiatief van de regering met een ontwerp om ervoor te zorgen dat men van geslacht kan veranderen zonder operaties, dan is dat een goede stap. Ik volg trouwens uw visie dat het over een beperkte groep gaat, waarvoor men beter met een paar gecentraliseerde expertisepunten kan werken, zonder dat men het zorgaanbod ter zake overal moet ontwikkelen. Dat komt de zorg ten goede. Dank u voor uw antwoord en voor uw werk ter zake.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Chers collègues, je vous prie d'excuser mon arrivée tardive, mais j'ai dû assister à des funérailles dans ma commune.

Nous arrivons au point 7 de notre agenda, étant les questions jointes de Mme Fonck, Mme Dedry, Mme Van Peel et M. Blanchart sur la commission d'évaluation de l'euthanasie. Je vous signale que nous les recevons la semaine prochaine.

01.04 André Frédéric (PS): M. Blanchart est en chemin.

01.05 Catherine Fonck (cdH): Nous pouvons l'attendre, madame la présidente.

La **présidente**: Si tout le monde est d'accord, nous l'attendrons.

Mme Van Camp a demandé que ses questions soient reportées. Parmi celles-ci, quelques-unes ont déjà fait l'objet d'un report la semaine dernière. Les questions concernées seront transformées en questions écrites.

02 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de privatisering van tandartsenpraktijken" (nr. 14714)

02 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la privatisation des cabinets dentaires" (n° 14714)

02.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er is een nieuwe trend bij de tandartsenpraktijken: bedrijven kopen namelijk praktijken op of stichten er nieuwe en vormen zo ketens. Voorbeelden zijn Dentius en Benedenti. Die mikken duidelijk op een grote omzet en winst; daarvoor zijn het ook bedrijven. Zij maken dus van tandzorg een commercieel product. Wat opvalt, is dat zij vooral geïnteresseerd zijn in dure ingrepen, omdat die het meeste opbrengen. Dat is natuurlijk zorgwekkend, want dat legt een enorme druk op de tandartsen, die al niet dik gezaaid zijn. Ook de Vlaamse vereniging van tandartsen heeft haar bezorgdheid uitgedrukt. Er staat ook een citaat van hen in de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mevrouw de minister, het is duidelijk dat de toegankelijkheid van de tandzorg er op die manier op achteruitgaat. Er zijn heel wat factoren, zoals de vergrijzing van de tandartsen, maar nu ook de privatisering of, beter gezegd, de commercialisering met onder andere de terugbetaling van implantaten.

Bent u voor of tegen de ketenvorming van tandartspraktijken? Als u voor bent – vanuit een liberaal principe kan ik mij dat inbeelden –, hoe kunt u ons dan garanderen dat er geen tandzorg komt met twee snelheden, een voor wie het zich kan veroorloven en een voor wie het zich niet kan veroorloven? Indien u tegen bent, zult u dan maatregelen nemen? Zo ja, welke?

Ten tweede, wat denkt u van multidisciplinaire groepspraktijken, bijvoorbeeld wijkgezondheidscentra waarin ook tandartsen geïntegreerd zijn? Op die manier zouden zij ook de meest kwetsbaren bereiken.

Tot slot heb ik nog een vraag over de vergrijzing bij de tandartsen en de opvolgingsproblemen. Zijn er recente cijfers van het aantal geslaagde kandidaat-studenten geneeskunde dat uiteindelijk voor tandheelkunde kiest in vergelijking met de voorgaande tien jaar? Het ziet er immers naar uit dat het een uitstervend beroep aan het worden is. Samen met die commercialisering baart mij dat wel zorgen.

02.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, in ons land is er een vrije vestiging van tandartspraktijken. Het is ook nergens verboden dat praktijken onderling samenwerken. In dat kader wijs ik ook naar de hervorming, waarvan sprake in de wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Er zal een voorontwerp van wet over de zorgpraktijk worden opgesteld dat generieke kwaliteits-, continuïteits- en permanentievoorwaarden oplegt, ongeacht waar de zorg wordt verstrekt. De wet en de daaruit voortvloeiende uitvoeringsbesluiten zullen dus voorzien in een kader van gelijke kwaliteit, zowel voor de zorg in ziekenhuizen als in privépraktijken en in zogenaamde privéklinieken. Zij zijn ook van toepassing op de individuele of in een groepspraktijk werkende gezondheidszorgbeoefenaars, op de gezondheidszorgbeoefenaars werkzaam in een ziekenhuis of een andere erkende zorginstelling en evenzeer op de gezondheidszorgbeoefenaars werkzaam in zogenaamde privéklinieken, die inderdaad in volle opmars zijn en waar vaak complexe zorg wordt verstrekt.

De Planningscommissie volgt alvast de vergrijzing van de actieve beroepsbeoefenaars zeer aandachtig op. Ik verwijs hierbij naar de publicatie "PlanCad Tandartsen 2004-2012", waarin de situatie van de tandartsen op de Belgische arbeidsmarkt gedetailleerd is weergegeven. Ook nu vormt dat een onderdeel van de werkzaamheden van de Planningscommissie. Alle rapporten voor de drie bijzondere beroepstitels in de tandheelkunde zijn ook te vinden op het adres overlegorganen.gezondheid.belgie.be. U vindt er ook een syntheserapport "Tandartsen op de arbeidsmarkt".

U had een vraag over tandartsen voor wijkgezondheidscentra. Het is aan de wijkgezondheidscentra zelf om

uit te maken welke artsen of paramedici zij aantrekken voor het gezondheidscentrum. Ik heb daar hoegenaamd geen mening over te vormen. De centra die dat interessant vinden voor hun publiek, kunnen een tandarts aantrekken. Woont er een tandarts naast, dan zal het misschien minder interessant zijn, of hij kan alsnog worden ingelijfd. Dan moet hij natuurlijk ook werken aan de voorwaarden van de wijkgezondheidscentra. Dat zal een heikeler punt zijn, want tandartsen werken nu per honorarium, terwijl de artsen in wijkgezondheidscentra een wedde krijgen.

U kunt misschien eens navragen hoeveel tandartsen er werken bij een wijkgezondheidscentrum. Dat zullen er niet veel zijn, want de verloning is het struikelblok; er zijn zeker geen wettelijke bezwaren.

Uw vraag over slaagpercentages is interessant, maar ik kan er geen antwoord op geven, omdat de slaagpercentages voor het toelatingsexamen van tandarts tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren. Ik mag u daar geen antwoord op geven, het is niet mijn bevoegdheid. Zo niet krijg ik met de heer Marcourt te maken. Ik moet u dus verwijzen naar mijn collega's in de deelstaten, bij wie u die cijfers kunt opvragen.

02.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dank u. De website die u aanhaalt, lijkt mij interessant. Ik zal dat bekijken en straks het antwoord ophalen, dat is iets gemakkelijker.

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

03 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réactions des compagnies d'assurance dans le cadre de la loi réglementant les professions des soins de santé mentale" (n° 14980)**
- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'arrêt de la Cour constitutionnelle relatif à la loi relative aux professions de santé mentale" (n° 15670)**
- **Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi relative aux professions des soins de santé mentale" (n° 15767)**
- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la psychothérapie" (n° 15881)**
- **Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la suspension par la Cour constitutionnelle de l'article 11 de la loi réglementant les professions de santé mentale" (n° 15910)**
- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les psychothérapeutes" (n° 16167)**

03 Samengevoegde vragen van

- **de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de reacties van de verzekeringsmaatschappijen in het kader van de wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 14980)**
- **mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van het Grondwettelijk Hof met betrekking tot de wet betreffende de geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 15670)**
- **mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet op geestelijke gezondheidszorgberoepen" (nr. 15767)**
- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychotherapie" (nr. 15881)**
- **mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schorsing van artikel 11 in de regeling van de geestelijke gezondheidsberoepen door het Grondwettelijk Hof" (nr. 15910)**
- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychotherapeuten" (nr. 16167)**

03.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je reviens une nouvelle fois sur la mise en œuvre de la loi réglementant les professions de santé mentale qui, manifestement, pose des problèmes d'ordre très variés.

J'apprends ainsi de diverses sources que des compagnies d'assurance et des courtiers décident aujourd'hui de suspendre ou de mettre fin à des contrats en responsabilité civile de certains professionnels exerçant la

psychothérapie. Les raisons évoquées sont la loi que vous avez fait voter avant les vacances, en particulier ses mesures transitoires.

Madame la ministre, une concertation avec votre collègue, M. Peeters, a-t-elle eu lieu dans ce cadre? Estimez-vous que la réaction des compagnies et courtiers d'assurances est justifiée? Estimez-vous nécessaire de clarifier certains éléments à leur égard?

03.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vraag is gefocust op een ander aspect van de wet op de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Het Grondwettelijk Hof heeft artikel 11 van die wet geschorst. Volgens het Grondwettelijk Hof werd namelijk niet voorzien in een voldoende overgangsregeling voor personen die het beroep van klinisch psycholoog of psychotherapeut uitoefenen.

Hoe reageert u op dat arrest? Welke maatregelen hebt u ondertussen uitgewerkt? Zult u de wet aanpassen?

03.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je reviens sur cette loi, compte tenu de l'arrêt de la Cour constitutionnelle du 22 décembre dernier, qui est implacable. Non seulement, il suspend l'article 11 de la loi du 10 juillet 2016, mais il relève clairement l'absence de disposition transitoire relative aux praticiens de la psychothérapie. Comme je l'avais dit au moment de l'examen en commission du projet de loi, une telle mesure aurait permis d'éviter de les rembarquer d'un revers de la main.

Je cite la Cour: "Ce régime paraît affecter directement et défavorablement la situation des parties requérantes, tant celles qui sont exclues définitivement de la pratique de la psychothérapie que celles qui ne peuvent plus l'exercer dorénavant de façon autonome".

Lors des débats au sujet du projet de loi en question, souvenez-vous en, madame la ministre, j'avais soulevé cet aspect tout à fait inacceptable de votre projet de loi. La Cour constitutionnelle ne fait que conforter ma position.

J'avais même déposé un amendement relatif au régime transitoire pour offrir à toutes les personnes qui ne sont pas des professionnels de la santé, mais qui exercent déjà la psychothérapie, de pouvoir continuer à pratiquer cette activité de manière autonome, à la condition qu'elles reçoivent une habilitation par une commission créée pour évaluer chaque dossier individuellement, sur la base de la formation et de l'expérience acquise par la personne qui en fait la demande.

Je ne peux que déplorer que la majorité ne veuille absolument pas entendre parler des interrogations essentielles venant de l'opposition. Or, ici, la Cour constitutionnelle nous donne raison.

Madame la ministre, je ne puis que déplorer votre irresponsabilité à cet égard, alors que nos critiques avaient été clairement argumentées, mais aussi celle de certains collègues qui assistent à de tels débats sans même s'intéresser au contenu.

Madame la ministre, la balle est à présent dans votre camp. Plusieurs prestataires, mais aussi des patients, sont concernés. Comment allez-vous régler - rapidement, je l'espère - cette situation? Je vous soumetts à nouveau ma proposition. Si elle avait été acceptée, nous n'en serions pas là aujourd'hui. Excusez-moi, mais je ne puis que vous le reprocher!

03.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, lors d'une interpellation, le 16 novembre dernier, je vous demandais des précisions sur la définition de la psychothérapie, sur qui pouvait se revendiquer, ou non, psychothérapeute; et je vous exhortais à corriger les dispositions transitoires jugées discriminatoires. J'avais déposé une motion demandant la modification et l'adaptation des situations. Elle a été rejetée.

Le 22 décembre, la Cour constitutionnelle a supprimé l'article 11 au motif que les mesures dites transitoires ne constituent pas un véritable régime transitoire pour les personnes qui, avant l'entrée en vigueur de cette loi, exerçaient la pratique de la psychothérapie.

Madame la ministre, pouvez-vous clarifier la procédure que vous allez mettre en place pour prendre en compte cet arrêt de la Cour constitutionnelle et pour permettre aux personnes qui exerçaient la psychothérapie avant le 1^{er} septembre 2016 de pouvoir continuer à l'exercer dans des conditions similaires?

03.05 Minister **Maggie De Block**: Bij arrest van 22 december 2016 heeft het Grondwettelijk Hof enkel het

verzoek tot schorsing ingewilligd, in afwachting van een uitspraak ten gronde over het vernietigingsverzoek. Dat betekent dat op dit moment artikel 11 van de wet van 10 juli 2016 geschorst is, maar enkel voor zover het niet voorziet in een overgangsregeling voor personen die vóór de inwerkingtreding van die wet de psychotherapeutische praktijk al uitoefenden. De rest van het artikel, alsook de overige bepalingen, blijven onverkort van kracht.

Het is nu de taak van de raadsheer om na te gaan welke stappen mogelijk zijn om tegemoet te komen aan het arrest. Ik wil er toch op wijzen, mevrouw Fonck, dat er wel overgangsmaatregelen zijn, die echter niet breed genoeg gaan volgens het arrest. U zei namelijk dat er een gebrek aan overgangsmaatregelen was.

Momenteel wordt ook alles in het werk gesteld om zo snel mogelijk de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen op te richten. Hiertoe dienen eerst representatieve beroepsverenigingen te worden aangewezen, en vervolgens de leden te worden benoemd. Eens de federale raad is opgericht, kan men ook werk maken van de verdere uitvoering van de wet. De federale raad is namelijk een belangrijk adviesorgaan, dat een advies moet uitbrengen over alle aangelegenheden die betrekking hebben op de uitoefening van geestelijke gezondheidszorgberoepen of de uitoefening van de psychotherapie. Zonder de federale raad kan de wet met andere woorden niet worden uitgevoerd. De voorzitter en de ondervoorzitter moesten door mij worden aangesteld, wat inmiddels gebeurd is.

Vu qu'il y a suspension, toutes les personnes concernées, y compris celles pour lesquelles elle ne s'applique pas, les mesures transitoires prévues dans la loi, pourront continuer à poser des actes comme avant. De ce fait, la question concernant l'assurabilité et la responsabilité citoyenne est sans objet.

En cas de question venant de la part des organismes assureurs, nos services sont toujours disposés à répondre.

03.06 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, je ne peux pas dire que Mme la ministre ait répondu de manière complète aux questions qui lui avaient été adressées, notamment en ce qui concerne la concertation avec son collègue, M. Peeters, dans le cadre de la réaction des compagnies et courtiers d'assurance. Je reviendrai avec une question écrite pour obtenir des renseignements additionnels.

03.07 Karin Jiroflée (sp.a): Ik sluit mij aan bij collega Senesael. Ik heb niet echt een antwoord gekregen op de vraag welke richting u uitgaat met uw aanpassingen. Dat is mij absoluut niet duidelijk. Ook ik zal daar dus bij een volgende gelegenheid op terugkomen.

03.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous prétendez que le projet de loi comportait des mesures transitoires. Oui, en effet, mais je persiste et je signe: il n'y en avait pas qui fût susceptible de s'appliquer à des personnes exerçant la psychothérapie. Le projet de loi ne leur permettait plus, du jour au lendemain, de pouvoir pratiquer cet art de manière autonome, quelle qu'ait été leur expertise acquise sur le terrain et parfois complétée d'une formation ad hoc. C'est à ce sujet que je pointe votre responsabilité. Vous n'avez rien voulu entendre lors des discussions, alors que nous vous avions prévenue de l'avis qui serait rendu par la Cour constitutionnelle. C'était écrit à l'avance, je peux vous le dire!

Deux mois après l'arrêt de la Cour, vous nous servez une réponse creuse et d'une banalité affligeante. Je ne puis que constater que vous ne mesurez pas les responsabilités qui sont les vôtres. De plus, vous ne prenez pas les dispositions qui relèvent de votre compétence.

J'attendais de vous, aujourd'hui, que vous reconnaissiez votre manque d'attention - un tout petit peu d'humilité en politique, cela peut faire du bien à tout le monde!

03.09 Maggie De Block, ministre: À tout le monde?

03.10 Catherine Fonck (cdH): Oui, madame la ministre, mais je vous avais prévenue!.

03.11 Maggie De Block, ministre: (...) à tout le monde!

03.12 Catherine Fonck (cdH): Je crois que j'ai la parole! Dans un parlement, on prend la parole à tour de rôle. Je pourrais vous ressortir, mais je ne l'ai pas fait, ce qui a été dit au cours des discussions ainsi que les amendements déposés. Vous disposez de possibilités vous permettant de répondre à la Cour constitutionnelle.

Vous pourriez, au moins, avoir la décence de reconnaître votre erreur et de la corriger rapidement. Plusieurs personnes sont en effet concernées. Derrière ces psychothérapeutes, il y a aussi des patients. Je me demande parfois si c'est votre principal souci. Je vous demande donc encore une fois d'avancer vite sur ce dossier. Des solutions juridiques existent déjà.

03.13 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, sept à huit mois après son adoption, la loi ne peut pas entrer en vigueur – ce qui aurait dû être le cas le 1^{er} septembre – parce que le Conseil fédéral n'est pas encore mis en œuvre. Nous avons eu de nombreuses discussions sur les mesures transitoires et nous avons insisté sur ce que la Cour constitutionnelle met en exergue dans son avis.

Je m'attendais aussi à ce que vos réponses soient plus engagées. Ici, je vois que non seulement, il faut encore attendre pour que la loi puisse entrer en vigueur; mais qu'en plus, vous n'avez pas élaboré de réponse, et qu'il n'y a pas eu de réflexion à ce sujet.

Je reviens sur ces mesures transitoires. Certaines personnes fonctionnent actuellement de manière autonome en tant que psychothérapeute. Des patients leur sont adressés. Elles sont parfois engagées dans des institutions. Elles travaillent de manière autonome. Or, avec les mesures transitoires que vous avez proposées, ces personnes ne peuvent plus exercer leur métier ainsi. Personne ne sait comment il faut faire; et tout le monde n'est pas disposé à les engager, et à les engager de manière subordonnée, puisque tel n'était pas leur contrat initial et tels ne sont pas leur place et leur rôle.

Je ne peux que confirmer aussi ma déception face à votre réponse. Nous reviendrons sans doute sur le sujet.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Je vais revenir en arrière dans l'ordre du jour. Si on ne me demande pas de reporter une question ou de la transformer en question écrite et si on ne me demande pas d'attendre, si on ne s'arrange pas pour que la personne soit là quand je cite telle ou telle personne, tant pis. Je ne peux pas veiller tout le temps à ce que tout se passe comme chacun le souhaite. Nous revenons au point 7 de notre ordre du jour.

04 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (n° 14660)**
- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la Commission de contrôle Euthanasie" (n° 14985)**
- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le renforcement du contrôle de la loi sur l'euthanasie" (n° 14986)**
- **Mme Valerie Van Peel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la commission de l'euthanasie" (n° 14989)**
- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (n° 16157)**

04 Samengevoegde vragen van

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (nr. 14660)**
- **mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het rapport van de Controlecommissie Euthanasie" (nr. 14985)**
- **mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het aanscherpen van de controle op de euthanasiewet" (nr. 14986)**
- **mevrouw Valerie Van Peel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de euthanasiecommissie" (nr. 14989)**
- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verslag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (nr. 16157)**

04.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, avons-nous prévu un débat au cours duquel nous entendrons la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie au niveau du Parlement ou pas?

La **présidente**: Évidemment. Vous le savez tous puisque l'agenda est prévu depuis un mois. La semaine prochaine, nous recevons la commission d'évaluation Euthanasie.

04.02 Catherine Fonck (cdH): Cette question-ci ne vient pas d'être déposée; elle l'a été avant que je reçoive cette information. Madame la ministre, j'imagine que vous avez pris connaissance du rapport de la Commission fédérale. La question n'a plus beaucoup de sens puisque la commission sera entendue ici. Certains points me semblent importants et j'y viendrai avec la Commission fédérale elle-même.

Une série de recommandations et de suggestions sont également faites par la commission. On peut également trouver interpellants un certain nombre de points. Pour ne pas faire le débat avec vous alors que les questions s'adressent en partie à la commission, j'aborderai cette question de manière large ici. Il est intéressant que vous nous donniez votre analyse de ce rapport. Cela fera évidemment partie intégrante du débat de la semaine prochaine.

La **présidente**: Considérez que vous interrogez la ministre et que la semaine prochaine, c'est la commission que l'on entend. Soyez brefs et n'adressez vos questions qu'à la ministre!

04.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik heb twee vragen ingediend, namelijk één over de controle op de euthanasiewet en één over het rapport van de controlecommissie, waarover wij volgende week meer zullen horen.

Mijn vraag over de controle op de euthanasiewet stel ik naar aanleiding van een opiniestuk van artsen en ethici in *De Standaard*, waarbij werd gevraagd de euthanasiewet onbevangen te evalueren. Positief hierbij is dat niemand vroeg om de euthanasiewet strenger te maken, maar men vond wel dat de moeilijkheden moesten worden aangepakt. Men vond het ondertussen echt wel tijd om dat debat te voeren. Tevens vond men dat er sprake was van onderregistratie. Dat was, kort samengevat, de inhoud van het opiniestuk.

Mevrouw de minister, wat is uw mening in verband met de onderregistratie? Wat wilt en kunt u daaraan doen?

Moeten wij volgens u niet evolueren naar een commissie die zich vooraf uitspreekt bij psychische problemen, maar niet achteraf? Er wordt ook gepleit voor betere communicatie en tevens wordt er gevraagd om een psychiater van het multidisciplinair team deel te laten uitmaken van zo'n commissie.

Een tweede reeks vragen gaat over een nieuw rapport van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie. De cijfers van het vorig en het nieuw rapport zijn moeilijk te vergelijken, omdat men dementie op een andere manier heeft gevalideerd en een andere definitie heeft opgenomen. Het wordt wel zeer moeilijk om de discussie over psychisch lijden goed te voeren als men de definities van de begrippen in de twee rapporten verandert. Men kan dan immers niet meer vergelijken. De cijfers zijn nu niet eenduidig, wat heel vervelend is.

Zult u aan de FCEE vragen om een dergelijke verwarring in het vervolg te vermijden en een eenduidige categorisering af te spreken die altijd geldt?

Het overige zal volgende week aan bod komen.

04.04 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, ik zal niet alles herhalen. Het opiniestuk dat collega Dedry heeft aangehaald, was ook de aanleiding tot deze vraag. Voor alle duidelijkheid, wij willen zeker de wet niet ter discussie stellen. Bij een dergelijke wet is het beter om eens te veel te evalueren dan eens te weinig, want dit gaat om het meest essentiële van het mens-zijn.

Eén punt uit het opiniestuk werd door collega Dedry niet aangehaald, net wat ik het meest stuitend vond, naast wat zij wel heeft vermeld. Er was ook kritiek van deze ethici en artsen op de werking van de commissie zelf. Dat ging vooral over het feit dat zij zich volgens hen als een soort van rechtbank gedraagt. Ik leg het uit. Volgens hen stelt de wet dat moet worden nagegaan of er werd voldaan aan de wettelijke voorwaarden, terwijl de commissie ook gevallen goedkeurt waarbij niet aan alle, maar alleen aan de essentiële voorwaarden werd voldaan. Dat zou dan een interpretatie zijn. Anderzijds meet zij zich ook de rol van wetgever toe, door de wet herhaaldelijk opnieuw te interpreteren en zo het toepassingsgebied van de wet uit te breiden.

Dat is ernstige kritiek en het is belangrijk om daarop te antwoorden, mevrouw de minister. Ik denk terug aan de uitgebreide discussie die aan de wetgeving is voorafgegaan om terecht uit te monden in een uitgebalanceerde tekst, met wat deze precies moet inhouden. Het is absoluut niet mijn bedoeling om de wet in vraag te stellen, integendeel, maar bij dergelijke opmerkingen van artsen en ethici, en in dat aantal, begin ik mij wel de vraag te stellen naar de uitvoering van de wet en de rol die de commissie daarbij speelt. Ik ben heel blij dat betrokkenen volgende week naar de commissie komen, maar ik zou u als minister willen vragen hoe u tegen zo'n opiniestuk en zo'n kritiek aankijkt. Hoe analyseert u dat? Het gaat hier immers over belangrijke zaken.

Voorzitter: Daniel Senesael.

Président: Daniel Senesael.

04.05 Philippe Blanchart (PS): Monsieur le président, je me joindrai donc à la proposition de Mme la présidente et serai très bref puisque je ne suis pas membre de la commission et que j'apprends à l'instant que la commission de contrôle viendra présenter son rapport la semaine prochaine. Je me contenterai donc juste d'obtenir la vision de la ministre sur les conclusions du rapport.

04.06 Maggie De Block, ministre: Monsieur le président, je pense que la question de M. Blanchart concernant le soutien et l'accueil des réfugiés du Soudan est arrivée par erreur.

(...): (...)

04.07 Maggie De Block, ministre: Le septième rapport bisannuel, récemment publié, de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie comporte bien plus de données que les rapports précédents et a, notamment, pour objectif de rendre la pratique de l'euthanasie dans notre pays transparente, aussi bien pour les autorités que pour le grand public.

Mevrouw Dedry, het kan zijn dat er ondertussen een andere, fijnere methode voor onderzoek wordt gehanteerd waardoor men niet alle cijfers naast elkaar kan leggen. Dan is het gedurende een jaar moeilijk, net zoals dat het geval was bij de overgang van de frank naar de euro. Ik neem aan dat het volgend jaar gemakkelijker zal gaan, althans als men het niet opnieuw wijzigt.

La nouveauté de ce rapport est l'utilisation du Code CIM-10 (classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes). L'objectif de ce codage est de classer dans la bonne catégorie les maladies à l'origine d'une demande d'euthanasie.

Comme l'a dit Mme Fonck, le nombre d'euthanasies enregistrées pour maladies psychiatriques n'a pas augmenté au cours des quatre dernières années. Pour 2014 et 2015, elles représentent 3,1 % des déclarations. L'analyse des déclarations d'euthanasie pour ces patients psychiatriques a démontré que l'examen d'une telle demande d'euthanasie se révèle très complexe et demande beaucoup de temps. Ce temps doit permettre au médecin de s'assurer que la demande du patient est bien constante, volontaire et qu'il est bien informé, comme le prescrit la loi. Les conditions prévues par la loi doivent toutes être remplies et le patient doit se trouver dans une situation médicale sans issue, et faire état d'une souffrance psychique constante et insupportable qui ne peut être apaisée et qui résulte d'une affection accidentelle ou pathologique grave et incurable. Toutes les possibilités thérapeutiques reconnues doivent donc être épuisées.

Les avis des médecins indépendants jouent un rôle très important dans le processus de clarification de la demande, étant donné que la grande majorité des patients ne décèdent pas à brève échéance. Deux avis sont nécessaires, dont au moins un doit émaner d'un psychiatre.

L'analyse des documents d'enregistrement a relevé que les deux avis proviennent presque toujours de deux psychiatres, ce qui témoigne d'un souci majeur de réaliser l'examen de manière approfondie.

De Controle- en Evaluatiecommissie moet alle aangiftes van gevallen van euthanasie minutieus onderzoeken, met inbegrip dus van dossiers waarin het gaat om euthanasie op basis van een psychiatrische aandoening. Indien nodig vraagt de commissie ook nog bijkomende inlichtingen aan de behandelend arts.

Zoals de wet voorschrijft, is het verslag van de commissie in de eerste plaats bestemd voor het Parlement. De commissie is ook opgericht door het Parlement. De Kamer is vanzelfsprekend meester van haar

werkzaamheden. De bespreking van het tweejaarlijks rapport volgende week lijkt mij inderdaad een goede gelegenheid om een balans op te maken van onze wetgeving op het vlak van de eindelevensproblematiek en euthanasie.

Meerdere collega's pleitten ook voor een evaluatie van de wet. We zullen eerst het debat van 22 februari hier in de commissie afwachten. Ook de precieze opdracht van de euthanasiecommissie, die eveneens door de wet wordt bepaald, kan onderwerp uitmaken van dit debat. Volksgezondheid heeft enkel administratieve ondersteuning gegeven aan deze commissie, zoals destijds ook gevraagd was. Voor het overige moet deze commissie de wet naleven. Zij moet dus in eer en geweten de door de wet voorgeschreven processen volgen. Het is de taak van de leden van de Kamer om volgende week om af te toetsen of dat ook gebeurt, na lezing van het verslag en de evaluatie.

Mevrouw Van Peel, u had het over die opiniestukken. Als antwoord op elk opiniestuk kunnen er vijf andere opiniestukken geschreven worden. U moet ook nagaan van wie, vanuit welke invalshoek die stukken komen. Wij weten dat dit in het verleden verhitte discussies opgeleverd heeft. Ik herken daar wel bepaalde spelers in. Iedereen heeft natuurlijk het recht om voor zijn mening uit te komen, maar volgens mij is het belangrijker om terug te gaan naar de basis, naar het verslag dat er ligt, en door ondervragingen na te gaan of er inderdaad hiaten zijn of verbeteringen kunnen worden aangebracht. Als men een evaluatie van de hele wet op zich uitvoert en die eventueel wil remediëren, dan zijn wij opnieuw vertrokken voor een aantal jaren. Die wet is er niet van de ene dag op de andere gekomen. Na deze samenstelling in de Kamer zal er een volgende zijn. Ik ben ervan overtuigd dat dit dossier nog meerdere jaren zal meegaan.

04.08 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'ai parcouru le rapport et pour être tout à fait sincère, j'ai toute une série de questions interpellantes sur la manière dont certaines informations sont données. Il est évidemment important de connaître la législation sur ces données et de savoir comment celle-ci est appliquée.

Avant tout, j'écouterai la commission et les membres qui représenteront la commission fédérale de contrôle d'évaluation de l'euthanasie, la semaine prochaine. Ils auront sans doute un certain nombre d'éclaircissements à donner. Je reviendrai alors vers vous avec des questions plus pointues.

Le **président**: Merci, madame Fonck, voilà qui est d'une grande sagesse et d'une grande pertinence.

04.09 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in dezen is de vergelijking tussen de Belgische frank en de euro wat ongelukkig gekozen. Waar het mij vooral om gaat, is dat psychisch lijden het enige twistpunt is in deze, wat mij betreft, goede euthanasiewet. Als wij gaan werken met verschillende registraties, met verschillende categorieën per jaar, dan voedt dat de tegenstanders van de wet. Dan gebeurt dat niet op basis van de inhoud van de wet. Ik verwacht dat u dat bijstuurt. Wij hebben een goede wet, en uw mening kan ter zake doorslaggevend zijn.

Ik zou zeker niet willen dat wij door een gebrek aan goede aanklappende zorg, zouden moeten inboeten op onze goede euthanasiewet. Dat was mijn bekommernis.

04.10 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, mij gaat het niet over dat opiniestuk, wel over de vaagheid die men vaak bij de commissies terugvindt, net als in de verslagen.

Ik wil heel duidelijk stellen dat ik geen evaluatie van de wet vraag. Ik sta achter die wet, achter de geest ervan en de wijze waarop deze is opgesteld. Ik vraag veeleer een grondige evaluatie van de uitvoering van de wet, waartoe wij volgende week overigens de kans zullen krijgen. Dat is namelijk nog iets anders; soms moet men al eens durven nagaan of de geest die er toen werd ingestoken, er ook wel voldoende uitkomt.

Op het overige zal ik niet ingaan, want dan zij wij, zoals u terecht zei, wellicht vertrokken voor jaren.

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

05 Question de Mme Fabienne Winckel à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'anonymat au sein des centres de planning familial" (n° 15001)

05 Vraag van mevrouw Fabienne Winckel aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de anonimiteit in de centra voor gezinsplanning" (nr. 15001)

05.01 Fabienne Winckel (PS): Madame la ministre, comme vous le savez, les centres de planning familial constituent des lieux d'accueil importants où chacun peut trouver une aide en matière de vie sexuelle et affective.

D'après les renseignements que j'ai pu obtenir auprès de différentes mutuelles, il apparaît que les prestations ou tickets modérateurs perçus par les centres sont remboursés au titulaire moyennant identification de celui-ci. Les jeunes et les femmes qui ne veulent pas dire à leurs parents ou à leur partenaire qu'ils sont allés en planning ne sont dès lors plus protégés puisque les informations peuvent notamment figurer dans les dossiers électroniques des mutualités et dans eHealth.

Madame la ministre, qu'en est-il exactement du système de remboursement dans ce cadre en termes d'identification du patient? Si la gratuité des soins prodigués au sein des centres de planning familial doit évidemment être poursuivie, une attention spécifique doit - me semble-t-il -, être portée à la question de l'anonymat des personnes qui se rendent dans ces centres. Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées pour répondre à cette problématique et ainsi permettre aux centres de planning familial de mener à bien leur mission?

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame Winckel, je dois d'abord préciser que ma compétence concernant les centres de planning familial porte uniquement sur les soins de santé qu'ils dispensent, dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé et/ou de la convention pour l'accompagnement médical et psychosocial des grossesses non désirées. Les autres activités de ces plannings relèvent de la compétence des pouvoirs communautaires ou régionaux.

Dans tous les cas, il va de soi que les centres et les organismes assureurs (les mutualités) des bénéficiaires sont tenus de respecter scrupuleusement la législation relative à la protection des données à caractère personnel. Les prestations remboursées dans le cadre de la nomenclature, comme par exemple les consultations gynécologiques, ne posent pas de problème spécifique à cet égard. Leur confidentialité est garantie par cette législation.

En ce qui concerne les prestations réalisées en application de la convention pour l'accompagnement des grossesses non désirées, conclue entre certains centres de planning familial et l'INAMI, la convention prévoit explicitement des dispositions renforcées. En effet, selon l'article 19, § 1, cette convention stipule: "Afin de garantir au maximum le respect de la vie privée de la bénéficiaire, ce qui est essentiel dans le cas des prestations visées par cette convention, tout d'abord, le centre s'engage à introduire lui-même, au moyen du formulaire approuvé par le Comité d'assurances soins de santé et après sa signature, pour la bénéficiaire, la demande auprès du médecin conseil de son organisme assureur et à régler lui-même l'intervention d'une assurance obligatoire soins de santé directement avec l'organisme assureur et, le cas échéant, à régler l'intervention personnelle de la bénéficiaire directement avec elle et exclusivement au comptant."

Il est dit aussi que: "L'organisme assureur de la bénéficiaire s'engage à adresser toute correspondance relative à la demande et à l'accord d'intervention au centre, sauf si la bénéficiaire a souhaité explicitement les recevoir ailleurs. Il s'engage aussi à adresser toute éventuelle autre correspondance relative aux prestations visées par cette convention et effectuées pour la bénéficiaire à l'adresse qu'elle a renseignée, et qui peut être aussi celle du centre."

En d'autres termes, en application de la convention pour l'application de l'accompagnement des grossesses non désirées, l'organisme assureur de la bénéficiaire doit envoyer toute la correspondance relative à cette convention à l'adresse choisie par la bénéficiaire elle-même, et qui peut être celle du centre conventionné. Il est important qu'il n'y ait pas de courrier dans sa boîte aux lettres ou chez ses parents ou son mari ou ailleurs. Les proches de la bénéficiaire ne sont ainsi pas informés des soins dispensés et remboursés si elle ne le souhaite pas.

Par ailleurs, la plate-forme eHealth ne dispose d'aucune information concernant les prestations réalisées dans le cadre de cette convention. C'est en fait un système fermé, réglé par convention entre l'INAMI et ces centres, justement pour respecter la vie privée et éviter d'envoyer des lettres diverses ou de la publicité au domicile de la patiente, si elle ne l'a pas voulu.

Il faut le dire aux centres: les patientes peuvent choisir de recevoir leur correspondance au centre et pas à la maison; c'est peut-être cette communication qui manque. Dans la convention, on a été très prudents, pour

les protéger, comme vous dites. Mais la possibilité existe dans la convention, bien que peut-être, cela n'est pas toujours clair pour les filles ou les femmes qui fréquentent ces centres qui n'ont pas compris que c'était à elles de le dire. Il y a peut-être encore un manque d'information.

05.03 Fabienne Winckel (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Si je comprends bien, l'anonymat est garanti. Par exemple, le parent d'une jeune suivie dans un centre ne pourra pas l'apprendre par le dossier médical. Nous sommes bien d'accord. Au-delà de la correspondance, cela s'applique même aux actes posés.

Cela me rassure. J'avais reçu des informations contradictoires. L'informatisation des actes et des dossiers médicaux est vraiment une bonne chose. Mais il est important de pouvoir garder cette confidentialité, pour essayer de toucher toutes les personnes qui vont peut-être se passer de soins par peur que leur anonymat ne soit pas préservé. Je suis bien contente de vous entendre.

Si je peux me permettre, je rejoins votre conclusion. Il conviendrait d'informer au mieux les centres sur cette confidentialité; et d'informer également encore plus les personnes fragilisées qui hésitent peut-être à consulter dans un centre pour quelque raison que ce soit.

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

06 Interpellation et questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des compléments alimentaires anticholestérol" (n° 15003)**
- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut de la levure de riz rouge" (n° 16608)**
- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les compléments alimentaires à base de 'levure de riz rouge'" (n° 201)**

06 Samengevoegde interpellatie en vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de cholesterolverlagende voedingssupplementen" (nr. 15003)**
- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de status van rodegistrijst" (nr. 16608)**
- **mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "voedingssupplementen op basis van roderijstgist" (nr. 201)**

06.01 André Frédéric (PS): Monsieur le président, vous avez rempli votre fonction de façon remarquable – pas aussi bien que Mme la présidente.

*Présidente: Muriel Gerkens.
Voorzitter: Muriel Gerkens.*

Madame la ministre, en mars dernier, mon collègue Philippe Blanchart vous interrogeait à propos de l'avis rendu par le Conseil supérieur de la Santé (CSS), recommandant le passage sous statut de "médicament" des compléments alimentaires à base de levure rouge de riz.

En effet, ceux-ci contiennent un principe actif d'origine naturelle qui fait partie de la classe de molécules des statines – que beaucoup d'hommes de ma génération connaissent. Celles-ci sont actuellement dûment enregistrées comme médicaments et très largement utilisées dans le traitement de l'hypercholestérolémie et la prévention des maladies cardiovasculaires. De plus, ces compléments présentent toutes les caractéristiques du médicament, que ce soit par leur présentation ou leur fonction. Ils sont, par ailleurs, sujets à des contre-indications et manifestent des effets indésirables, de même nature que ceux observés pour les statines, nécessitant dès lors un avis et un suivi médical.

Lors de cet échange, vous aviez alors expliqué avoir confié ce dossier pour avis à votre administration. Vous deviez ensuite prendre une décision quant aux éventuelles mesures à prendre.

Dans ce cadre, il apparaît aujourd'hui que d'autres compléments et préparations librement accessibles qui s'affirment résolument comme des produits aux vertus anti-cholestérol continuent à fleurir sur le marché: des compléments à base d'extraits de champignon contenant également une statine naturelle ou encore des

compléments à base de phytostérols.

Madame la ministre, huit mois plus tard – presque le temps d'une gestation –, avez-vous pu recevoir un avis de votre administration? Des mesures sont-elles envisagées pour ce type de compléments alimentaires et préparations? Des décisions seront-elles prises concernant leur statut? Ce type de produits devrait-il, selon vous, faire l'objet de plus d'attention de la part, notamment, de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) quant à leur composition, leur efficacité, leur sécurité ainsi que leur positionnement dans le cadre d'un traitement de l'hypercholestérolémie?

06.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais d'abord revenir sur quelques éléments historiques.

D'abord sur ce rapport accablant du Conseil supérieur de la Santé qui demandait, le 3 février 2016, une interdiction pure et simple de la commercialisation de la levure de riz rouge. En effet, ce produit contient différentes substances, dont la monacoline K, identique à une statine, la lovastatine, qui présente les mêmes effets secondaires, les mêmes risques, y compris à toutes petites doses. C'est un point important. Ce rapport ne vient pas de nulle part. D'autres rapports scientifiques sont accablants, notamment celui de l'Agence nationale de sécurité sanitaire en France, mais aussi d'autres autorités de santé. Toutes les publications scientifiques et tous ces rapports sont convergents. Voici une semaine, une toute nouvelle étude, avec un gros rapport de pharmaco- nutri-vigilance italien, est parue, s'ajoutant à de nombreux rapports de vigilance français.

Comme je viens de le dire, tous ces rapports scientifiques sont implacables et accablants. Ils font la démonstration que la monacoline K, même à petites doses, contenue dans la levure de riz rouge, présente des effets secondaires toxiques. De plus, la même recommandation est faite par toutes ces autorités scientifiques: interdire cela en tant que simple complément alimentaire et, au contraire, l'enregistrer comme un médicament.

Malgré ces rapports implacables sur le plan scientifique, malgré cette position convergente des autorités de la santé, y compris d'autres pays, vous apportez votre signature à la reconnaissance d'un double statut (complément alimentaire et médicament). Vous parlez souvent d'*evidence-based*. Je vous réponds régulièrement: "*Evidence-based*, oui, mais toujours, même quand cela ne vous arrange pas sur le plan politique." C'est alors qu'il faut avoir le courage de respecter l'*evidence-based*.

Quand on a autant de rapports accablants, qui vont dans le même sens, le fait que vous puissiez vous-même signer cette reconnaissance avec la possibilité de voir ce produit être vendu comme simple complément alimentaire sans toutes les garanties indispensables et alors qu'il est toxique, même à petites doses, m'a interloquée. Par trois fois, je me suis demandée si je ne rêvais pas. Cela va totalement à l'encontre de l'*evidence-based*, des recommandations scientifiques. De surcroît, cela revient à prendre des risques inacceptables pour la santé des citoyens.

Il est vrai qu'il y a un télescopage entre la publication de la dernière étude de pharmacovigilance (l'étude italienne) et la sortie de votre directive, mais je vous repose la question: allez-vous revoir votre position et mettre fin à toute confusion entre ce complément alimentaire et le médicament qui contient le même produit toxique et donc, interdire la vente libre de ce dernier produit?

06.03 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, j'en viens directement aux questions. Vous avez mon texte.

Pouvez-vous nous donner davantage d'informations sur les effets nocifs de cette levure de riz rouge? De telles préparations à base de riz rouge ainsi que d'autres produits ou compléments alimentaires ne devraient-ils pas être soumis à l'examen de la Commission des médicaments, comme le recommande le Conseil supérieur de la Santé afin de leur donner un statut spécifique et permettre la protection efficace du patient?

06.04 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, madame Fonck, monsieur Blanchart, des produits à base de levure de riz rouge – source de monacoline K – sont actuellement commercialisés sous le statut de complément alimentaire en Belgique et dans d'autres pays européens.

Le règlement européen n° 1924/2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les

denrées alimentaires détermine les allégations pouvant être utilisées comme des compléments alimentaires à base de levure de riz rouge. À l'heure actuelle, l'allégation suivante est autorisée pour des doses journalières correspondant à minimum dix milligrammes de monacoline K.

La monacoline K de la levure de riz rouge contribue au maintien d'une hypocholestérolémie normale. Le consommateur doit être informé de l'effet bénéfique par la consommation quotidienne de dix milligrammes de monacoline K provenant des préparations de levures de riz rouge fermentées. Aucune dose maximale n'est fixée à l'échelle européenne.

Des cas d'effets indésirables ayant été rapportés au sujet de ces préparations, j'ai demandé, en août 2015, un examen de l'efficacité et de la sécurité de ces produits au Conseil supérieur de la Santé.

En février 2016, celui-ci a remis un avis dans lequel il décrit les effets positifs et les risques d'effets indésirables relevés pour ces produits. Malheureusement, il ne comporte pas de données précises quant aux doses de monacoline K susceptibles d'engendrer des effets indésirables. Il ne permet donc pas de tirer des conclusions quant à leur gravité potentielle en fonction des doses. Cependant, le Conseil pointe différents groupes à risque, à savoir les femmes enceintes; les personnes souffrant de troubles hépatiques, rénaux ou musculaires; les sujets âgés de plus de 70 ans; les enfants et adolescents; les personnes prenant des médicaments donnant lieu à des interactions médicamenteuses et les sujets intolérants aux statines.

Le Conseil conclut en recommandant l'interdiction pure et simple de tous les compléments alimentaires à base de levure de riz rouge et suggérant le statut de médicament pour ces produits.

En vertu de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, la seule présence d'une substance ne fait pas d'un produit un médicament, le dosage et les modalités d'utilisation du produit devant notamment être pris en compte pour déterminer son statut.

Le Conseil supérieur de la Santé n'étant pas compétent pour remettre un avis sur le statut médicamenteux ou non d'un produit, j'ai demandé l'avis de la Commission mixte, qui est habilitée, en vertu de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, à remettre un avis en la matière. La Commission mixte est présidée par l'AFMPS et est composée des représentants de l'AFMPS, du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, de la DG Environnement du SPF Économie et de l'AFSCA. Elle peut également rédiger des avis dans le cadre de l'établissement de lignes directrices.

Pour les produits à base de levure de riz rouge, la Commission mixte a conclu qu'au vu des éléments scientifiques actuellement disponibles et du profil toxicologique attendu pour la monacoline K en fonction des doses, les préparations à base de levure de riz rouge apportant plus de dix milligrammes de monacoline K par jour devraient être considérées comme des médicaments. Par contre, les produits qui apportent maximum dix milligrammes de monacoline K par jour peuvent être considérés comme des compléments alimentaires si la dose de monacoline K est standardisée et si l'étiquetage comporte des avertissements pour limiter le risque d'effets indésirables, notamment chez les femmes enceintes et allaitantes, les personnes ayant des problèmes hépatiques, rénaux ou musculaires, les personnes de plus de 70 ans, les enfants et les adolescents, les personnes prenant des médicaments pouvant donner lieu à des interactions, et les personnes intolérantes aux statines. Ces avertissements doivent être formulés de façon à être facilement compréhensible pour le consommateur moyen. Il devra être invité à demander conseil à un pharmacien ou à un médecin en cas de doute.

J'ai donc adopté une ligne directrice reprenant ces éléments, permettant de distinguer clairement les produits répondant à la définition de médicament de ceux qui peuvent être considérés comme des compléments alimentaires.

Ces dispositions augmentent la sécurité d'utilisation des compléments alimentaires en fixant une limite maximale pour la monacoline K et en prévoyant des avertissements particuliers. Cette limite de dix milligrammes par jour pour les compléments alimentaires est identique à celle fixée dans d'autres pays européens comme la France, par exemple.

L'arrêté ministériel du 19 février 2009 relatif à la fabrication et au commerce de compléments alimentaires contenant d'autres substances que des nutriments et des plantes ou des préparations de plantes sera adapté sur la base de cette ligne directrice. De plus, l'AFMPS fera une communication sur cette ligne directrice afin de rappeler aux médecins et pharmaciens quels sont les patients à risque lors de la

prescription et de la délivrance de produits à base de levure de riz rouge.

06.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour la précision de votre réponse. Je ne suis ni médecin ni pharmacien. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir si les gens qui utilisent ces compléments alimentaires sont totalement, partiellement ou pas du tout protégés et s'ils courent des risques.

Si j'ai bien compris votre réponse, madame la ministre, vous vous alignez sur la position de la Commission mixte et vous dites: "En dessous de dix milligrammes par jour de monacoline K, c'est bon; au-delà de dix milligrammes, ce n'est plus bon, cela devient un médicament." Cela vous paraît tenir la route. Cela veut dire que dans tous les cas, s'il y a moins de dix milligrammes par jour, il n'y a aucun problème. C'est cela que vous dites? Je vous pose la question du non-médecin.

06.06 Maggie De Block, ministre: Non, j'ai mentionné toutes les catégories à risque élevé.

06.07 André Frédéric (PS): Oui, mais si on enlève les catégories à risque et qu'on est en dessous de dix milligrammes?

06.08 Maggie De Block, ministre: Nous avons reçu un avis. Il faudra le lui demander. La Commission mixte a conclu qu'au vu des éléments scientifiques – *evidence-based*, je pense – actuellement disponibles et du profil toxicologique attendu pour la monacoline K en fonction des doses, les préparations à base de levure de riz rouge apportant plus de dix milligrammes de monacoline K par jour devraient être considérées comme des médicaments. C'est effectivement la ligne qui divise. Par contre, les produits qui apportent maximum dix milligrammes de monacoline K par jour peuvent être considérés comme des compléments alimentaires, sauf qu'il y a de possibles dangers pour les catégories à risque.

06.09 André Frédéric (PS): Étant profane en la matière, je reste assez perplexe et, à titre personnel, je n'en prendrai pas.

06.10 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Il n'en reste pas moins, et je rejoins mon collègue, que, quand on voit l'ensemble, c'est un peu comme la théorie des ensembles en mathématiques. Tellement de groupes de population ont été identifiés comme pouvant présenter des manifestations avec une toxicité en consommant de la levure de riz rouge que, finalement, une grande partie de la population est touchée. Et en dessous de dix milligrammes, cela reste toxique, semble-t-il. Même si, scientifiquement, tout n'est pas établi pour dire que c'est suffisamment toxique, ne vaudrait-il pas mieux interdire purement et simplement ce produit?

06.11 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous ne vous basez que sur l'avis de la Commission mixte. Je vais y revenir dans un instant.

Vous venez de dire que le Conseil supérieur de la Santé n'est pas compétent pour donner un avis sur le médicament. Je ne peux absolument pas accepter cela. Le Conseil supérieur de la Santé est d'abord et avant tout compétent pour ce qui doit guider votre décision, à savoir pour son analyse scientifique. Cette analyse scientifique est implacable; le Conseil de la Santé vous a recommandé d'interdire la levure de riz rouge en vente libre.

Pour ce qui est de la Commission mixte, j'attire votre attention car vous dites que celle-ci est rassurante. Pas du tout! Que dit la Commission mixte avant la recommandation? Enfin, c'est vous qui signez, pas elle! Elle dit deux choses très intéressantes. Elle parle de la monacoline mais elle dit aussi autre chose: "La levure de riz rouge peut contenir des ingrédients nocifs comme la citrinine." La citrinine est une substance néphrotoxique. Je connais un petit peu. Savez-vous à quoi cela me fait penser? Aux herbes chinoises. J'y reviens dans un instant.

La Commission mixte dit aussi tout autre chose. Elle dit qu'aucune dose limite de monacoline K n'est déterminée en dessous de laquelle la monacoline K doit être considérée comme n'ayant pas une activité pharmacologique significative. Je traduis. Elle dit que, même à toutes petites doses, il y a effectivement une activité pharmacologique et donc forcément tous les effets secondaires et les risques potentiels.

Madame la ministre, vous avez pris une directive en dehors de tout ce qu'on aurait pu imaginer et qui est tout sauf de l'*evidence-based*. Je pèse mes mots: elle est dangereuse; elle est d'une légèreté coupable. En effet, vous prenez des risques inacceptables avec la santé des citoyens.

Ce dossier me fait penser au dossier des herbes chinoises. Une série de mes patientes en ont pris pour maigrir. Je les ai retrouvées en insuffisance rénale terminale. Je les ai dialysées. Et un certain nombre d'entre elles ont été greffées.

C'était aussi une question accessoire, pas très grave! Pourtant, on a finalement assisté au scandale – je pèse une nouvelle fois mes mots – des herbes chinoises. J'ose espérer que nous ne sommes pas, aujourd'hui, en train de remettre le pied dans un nouveau scandale.

Madame la ministre, je vous lance un appel. Vous ne pouvez pas prendre des risques inacceptables pour les citoyens. Il existe de nombreux rapports implacables sur ce produit. Je vous demande de revoir votre position. Vous ne pouvez pas permettre que ce produit soit en vente libre alors qu'on sait qu'il y a des risques potentiels même avec de petites doses. Il doit pouvoir bénéficier des mêmes garanties qu'un médicament, qu'un produit à risques pour la santé. Dès lors, si on veut toujours le vendre comme un médicament, il doit répondre aux exigences et aux garanties pour les patients. C'est un enjeu de sécurité. C'est un enjeu de santé publique qui, selon moi, est majeur.

Voilà les raisons pour lesquelles, madame la présidente, j'ai déposé une motion que je ne lirai pas ici.

Moties **Motions**

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Catherine Fonck et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck

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

demande au gouvernement

1. d'agir rapidement et conformément à l'Evidence Based et de mettre en œuvre rapidement les recommandations émises par le Conseil Supérieur de la Santé, à la demande de la ministre elle-même, et par d'autres instances scientifiques reconnues;

2. de mettre fin à toute confusion entre les compléments alimentaires et les médicaments en interdisant la commercialisation libre des produits à base de "levure de riz rouge" et en exigeant que ces produits soient considérés comme des médicaments afin d'assurer la qualité, l'efficacité et l'innocuité de ces produits, compte tenu des risques de la levure de riz rouge même à petite dose, et des multiples rapports scientifiques le démontrant;

3. d'ouvrir un débat fondamental sur ce que nous voulons comme produits de santé et sur les garanties que nous pouvons leur accorder compte tenu d'une "zone grise" entre les médicaments et les compléments alimentaires."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Catherine Fonck en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck

en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

verzoekt de regering

1. onverwijld en op grond van evidencebased geneeskunde actie te ondernemen en de aanbevelingen die de Hoge Gezondheidsraad op vraag van de minister zelf heeft uitgebracht, alsmede de aanbevelingen van andere erkende wetenschappelijke instanties onverwijld ten uitvoer te leggen;

2. een einde te maken aan de mogelijke verwarring tussen voedingssupplementen en geneesmiddelen door de vrije verkoop van producten met gefermenteerde rode rijst te verbieden en te eisen dat die producten beschouwd worden als geneesmiddelen teneinde de kwaliteit, de werkzaamheid en de onschadelijkheid van die producten te kunnen verzekeren, aangezien er risico's verbonden zijn aan het gebruik van gefermenteerde rode rijst, zelfs in een lage dosering, en tal van wetenschappelijke rapporten dat aantonen;

3. een fundamenteel debat te voeren over de gezondheidsproducten die we willen en over de garanties die we voor die producten kunnen bieden, gelet op de "grijze zone" tussen de geneesmiddelen en de voedingssupplementen."

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Valerie Van Peel et par M. Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Valerie Van Peel et door de heer Dirk Janssens.

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

Les questions orales n^{os} 14619, 14621, 14653, 16030, 14623, 14661, 16034, 14667, 14670, 14675 et 14763 de Mme Yoleen Van Camp sont transformées en questions écrites. Elles étaient déjà reportées la fois précédente.

07 Samengevoegde vragen van

- **juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alirocumab" (nr. 14668)**

- **de heer Philippe Blanchart aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van alirocumab" (nr. 16301)**

07 Questions jointes de

- **Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'alirocumab" (n° 14668)**

- **M. Philippe Blanchart à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'alirocumab" (n° 16301)**

07.01 Philippe Blanchart (PS): Madame la ministre, récemment, il a été décidé de rembourser le traitement de l'alirocumab, un nouveau médicament coûteux contre le cholestérol. Ce médicament fonctionnerait différemment des traditionnelles statines et ferait baisser plus efficacement le mauvais cholestérol dans le sang. Cependant, les protéines qui le composent sont plus difficiles à produire et ce médicament est donc plus cher. Il s'adresse principalement à certains patients qui courent un risque élevé d'être victimes d'une maladie cardiovasculaire, ce qui semblerait être le cas de milliers de Belges.

Quand ce médicament sera-t-il remboursé? À qui le remboursement de ce traitement sera-t-il accessible? Comment la catégorie des patients est-elle définie? Selon le centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP), ce médicament ne réduirait pas de manière certaine la mortalité due aux maladies cardiovasculaires. Des études ont-elles été réalisées sur l'efficacité de ce médicament? Quels en sont les résultats? Selon ce même centre, les effets secondaires à long terme ne seraient pas encore connus non plus. Des études ont-elles été réalisées à ce sujet? Comment les éléments avancés par le centre ont-ils été pris en considération dans votre décision?

07.02 Maggie De Block, ministre: Le groupe pour lequel le remboursement de l'alirocumab sera possible est composé de patients avec une hypercholestérolémie familiale, avec un risque cardiovasculaire très élevé, et qui n'obtiennent pas assez de résultats avec les médicaments qui existent contre le cholestérol.

En Belgique, 8000 patients présentent ces critères. Ce groupe est moins grand que celui pour lequel l'enregistrement a été réalisé. Des études sont encore effectuées en fonction de l'usage de ce médicament. L'impact sur certains risques d'insuffisance cardiaque doit encore être évalué.

Le nombre de patients à traiter est inférieur à 8 000. Tous les médecins seront prêts à prescrire ce médicament mais certains patients ne voudront pas recevoir un tel traitement, étant donné qu'il doit être injecté.

Un groupe d'adultes souffrant d'une hypercholestérolémie hétérozygote familiale a été désigné par un score de plus de huit points par le *Dutch Lipid Clinic Network*. Il y a des patients qui ont dépassé un certain seuil de cholestérol, alors qu'ils ont suivi correctement le traitement anti-cholestérol classique. Pour les patients qui ont déjà vécu un accident coronaire, il est évident que les seuils sont plus bas. Tout sera remboursé.

Dat is opgenomen in de wetenschappelijke bijsluiting van het geneesmiddel.

Le médicament a été inscrit sous le chapitre 4. Cela signifie qu'on doit obtenir l'accord de médecins de la mutualité. Par ailleurs, ce ne sera pas remboursé si le médicament a été prescrit par un médecin spécialisé en cardiologie ou un médecin interne.

Pour pouvoir demander un remboursement, le médecin doit attester que le patient en question se trouve bien dans la situation précitée et il doit également s'engager à vérifier l'impact du traitement par la réalisation

annuelle d'un profil lipidique. Cela doit être mentionné dans le dossier médical du patient et le médecin doit conserver toutes les pièces justificatives relatives à la situation du patient et les mettre à la disposition du médecin conseil qui pourra procéder à un contrôle. C'est un contrôle effectué *a posteriori* comme cela se passe dans d'autres cas.

Enfin, l'approbation du remboursement est autorisée pour une période de 48 semaines. Le remboursement peut être prolongé plusieurs fois pour une nouvelle période de 48 semaines également. Dans ce cas, le médecin traitant doit encore attester de la nécessité de poursuivre le traitement par des preuves issues de prises de sang.

Depuis le 1^{er} septembre 2016, le médicament est remboursé. Il est trop tôt pour obtenir des chiffres de patients qui ont déjà introduit une demande mais il faut rester très prudent. En effet, si des études et des épreuves ont été réalisées, une fois un médicament sur le marché, il faut toujours rester vigilant.

07.03 Philippe Blanchart (PS): C'est une décision qu'on ne peut que saluer car selon les calculs, cela pourrait coûter presque 7 500 euros par an et par patient, ce qui rend ce médicament inaccessible à beaucoup de gens. C'est une très bonne décision politique!

07.04 Maggie De Block, ministre: Je le pense aussi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments biosimilaires" (n° 14774)

08 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "biosimilars" (nr. 14774)

08.01 Damien Thiéry (MR): Madame la présidente, madame la ministre, à votre initiative est entrée en vigueur une convention censée stimuler l'introduction sur le marché belge des médicaments biosimilaires. Vous avez souligné que cette initiative était nécessaire afin de garantir le caractère financièrement abordable des soins de santé, pour les patients et la société. Vous avez même dit: "L'introduction des biosimilaires est un levier important pour faire jouer pleinement la concurrence sur le marché des médicaments et ainsi faire baisser les prix des médicaments biologiques."

La question est d'autant plus d'actualité, madame la ministre, que le gouvernement est à la recherche de mesures engendrant davantage d'économies dans les dépenses. À cet effet, la promotion des biosimilaires pourrait constituer une réponse efficace et appréciable.

Madame la ministre, neuf mois après l'entrée en vigueur de ces dispositions, quelles sont les avancées en la matière? Quel est le pourcentage de biosimilaires prescrits, par rapport aux biologiques? Cela correspond-il aux résultats anticipés dans le plan initial? Dans la mesure où on estime ne pas être suffisamment avancé dans le domaine, pensez-vous que certaines initiatives doivent être prises pour promouvoir l'utilisation de médicaments biosimilaires?

08.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Thiéry, sur la base des données de septembre 2016, exprimées en pourcentage de *defined daily doses*, l'utilisation des spécialités biosimilaires dans la classe ATC B03XA, pour les érythropoïétines à courte durée de demi-vie, était de 2,27 %, pour 1,07 % au mois de juin 2016. Dans la classe ATC L03AA pour les *granulocytes colony-stimulating factors* à courte durée de demi-vie, elle était de 3,30 %, pour 1,07 % en juin 2016. Il y a une évolution, mais on vient de loin.

L'utilisation des spécialités biosimilaires dans la classe ATC L04AB était de 11,08 %, comparé à 8,77 % pour l'année 2016. Il est évident que ces pourcentages doivent encore augmenter afin d'assurer un marché attractif pour les spécialités biosimilaires mais cela démontre que la convention commence à porter ses fruits. Je signale qu'il est également obligatoire de faire des *tenders*. Cela prend quelque temps. Mais on sait que les contrats seront là après.

Afin d'encre plus stimuler l'utilisation des médicaments biosimilaires, j'ai récemment envoyé une circulaire aux hôpitaux dans laquelle je réexplique la nécessité d'utilisation des médicaments biosimilaires, c'est-à-dire que leur utilisation apporte la concurrence sur le marché des médicaments biologiques chers, par laquelle

les dépenses peuvent baisser de manière substantielle. Les moyens libérés peuvent être utilisés pour financer de nouveaux médicaments innovants. L'application des marchés publics ainsi que l'utilisation des médicaments biosimilaires en hôpitaux ne seront plus suivies de façon agrégée mais par chaque hôpital afin de contrôler si tous les hôpitaux appliquent bien la réglementation des marchés publics.

Dans le cas où ce suivi ne démontre pas une augmentation substantielle tant au niveau du nombre d'adjudications publiques que de l'utilisation des médicaments biosimilaires, vous comprenez que je n'aurai alors d'autre choix que de prendre des mesures plus contraignantes afin d'obliger au respect de la loi et de la convention.

L'AFMPS a mis à jour l'information sur son site web concernant les médicaments biosimilaires, le 1^{er} septembre. Ce texte a été mis en conformité avec les dernières versions des guidances pertinentes de l'Agence européenne des Médicaments. Le texte de l'AFMPS fournit des informations plus claires et des ajustements à propos de la définition du médicament, de l'interchangeabilité des médicaments biologiques et de leurs biosimilaires alternatifs, de l'immunogénicité et de l'extrapolation des indications thérapeutiques. La liste actualisée des médicaments biosimilaires approuvés est également disponible.

Étant donné que, pour la plupart des médicaments biosimilaires, l'autorisation de mise sur le marché par procédure européenne centralisée est obligatoire, donc via EMA (*European Medicines Agency*), tous les États membres doivent respecter les guidances de celle-ci en vigueur pour les biosimilaires. De ce fait, l'AFMPS, en tant qu'Agence belge des médicaments, suit scrupuleusement ces guidances et participe également à leur élaboration. Elle peut aussi jouer un rôle dans la clarification des informations destinées aux professionnels de la santé par le biais de présentations ciblées lors de symposiums, à l'instar de ce qui est déjà en vigueur pour les oncologues.

Par hasard, vendredi dernier, après l'introduction de votre question, je me suis rendue à un colloque d'hématologues organisé à La Hulpe autour des biosimilaires. J'y ai insisté sur la nécessité de leur prescription. Vous savez que, lorsque ces médicaments sont mis sur le marché, le prix des originaux chute de 18 % et c'est beaucoup. Plusieurs praticiens m'ont dit qu'ils en ignoraient l'existence. Bien évidemment, ils reçoivent énormément de demandes de remboursement et de médicaments novateurs. Je leur ai alors expliqué qu'il fallait réallouer des budgets dans la mesure du possible. Quand on voit une utilisation allant chez nous de 1 à 3 % ou de 8 à 11 %, il convient de savoir que les pays voisins atteignent un usage proche de 80 %. Nous avons vraiment raté le train au cours des années précédentes. Il n'est pas facile de prendre les mesures adéquates pour rattraper ce retard, mais c'est nécessaire. Nous nous y efforçons.

Cette année, l'AFMPS planifiera d'autres communications ciblées et destinées aux professionnels de la santé.

Ik ga daar ondertussen ook al de boer mee op, bij 700 hematologen op vrijdag en 900 oncologen op dinsdag. Ik leg uit dat dat bestaat, dat het veilig is en wat zij daarover kunnen opzoeken. Wij zullen zien waar het naartoe gaat, maar het is echt een gevaarlijke situatie geworden, want het risico is ook dat de biosimilairen niet meer zullen vragen om op onze markt te komen. Zo zullen wij een achterstand krijgen en zullen wij ook al die hoge prijzen moeten blijven betalen. Dan zullen wij geen 18 % naar beneden gaan.

Ils m'ont posé des questions mais plusieurs étaient vraiment étonnés. Quelques témoignages de médecins disaient qu'ils avaient commencé à utiliser cela. Ils disaient que c'était la même chose et qu'ils en étaient satisfaits. Comme c'est moins cher, cela permet à l'hôpital d'acheter d'autres produits pour les patients. Le cycle est là mais quand on est aveugle ...

08.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Quand on est aveugle, on ne voit pas grand-chose, c'est tout à fait clair! Ma question visait à m'assurer que le corps médical recevait suffisamment l'information et, en définitive, je constate que, même si elle existe - et vous l'avez constaté par vous-même -, elle n'est pas encore intégrée par l'entièreté du corps médical. Or, des économies sont effectivement à faire dans ce domaine pour des molécules qui sont tout à fait équivalentes.

Vous constatez l'ampleur de la problématique de communication. Il est fondamental de constater que par rapport à d'autres pays, nous avons accusé beaucoup de retard, car on aurait dû pousser depuis vingt ans pour être au niveau des standards européens. Je vois que les choses sont en cours. On ne peut que vous encourager à transmettre cette information. Il est vrai que le *tender* est fondamental et doit être contrôlé. Les *tenders* ne sont pas encore considérés comme une règle applicable de manière générale. Ils pourraient non

seulement nous permettre de faire des économies mais aussi de bénéficier de ces montants pour investir dans la recherche ou permettre aux hôpitaux de faire de la recherche pour trouver d'autres molécules.

08.04 Maggie De Block, ministre: C'est la raison pour laquelle chaque hôpital sera contrôlé. Ce sera leur responsabilité. Certains sont très bas ou à zéro. C'est à nous de poser les questions afin de savoir pourquoi ils n'ont pas suivi la procédure des *tenders*, etc.

La **présidente**: C'est plus dynamique que la procédure que l'on a connue au début des génériques.

08.05 Maggie De Block, ministre: Oui mais quand on est face à des pourcentages proches de 80 % dans les pays voisins, alors qu'en Belgique, ils ne sont pas utilisés (...) Le sujet du colloque portait sur l'accréditation, ce qui prouve que l'intérêt existe.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Questions jointes de

- **M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indisponibilité de certains médicaments" (n° 14775)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de certains médicaments" (n° 15530)**

09 Samengevoegde vragen van

- **de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet voorradig zijn van sommige geneesmiddelen" (nr. 14775)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan bepaalde geneesmiddelen" (nr. 15530)**

09.01 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, ce n'est pas la première fois que je pose une question sur l'indisponibilité de certains médicaments. Ici, je fais référence à un médicament bien spécifique, l'Advagraf. Cet immunosuppresseur est manifestement très souvent indisponible en pharmacie. Cette indisponibilité génère du stress dans le chef des patients qui doivent l'utiliser.

J'ai pris cet exemple mais je me souviens, que l'année dernière, j'ai eu connaissance d'autres médicaments qui étaient parfois indisponibles en pharmacie. Lorsque la question est posée aux sociétés pharmaceutiques, elles tendent à répondre qu'il s'agit d'une indisponibilité passagère, liée aux stocks, et que tout va rentrer dans l'ordre.

Je me rends compte que les sociétés pharmaceutiques ne vous informent pas d'une indisponibilité, de manière à ne pas se retrouver en concurrence avec une firme qui pourrait fournir cette médication.

Madame la ministre, pouvez-vous rappeler le dispositif mis en place pour éviter l'indisponibilité des médicaments? Avons-nous des moyens pour éviter ce phénomène préjudiciable aux patients? Selon vous, sur base de la situation actuelle, des mesures complémentaires devraient-elles être prises?

09.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Thiéry, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) n'a reçu aucune notification d'indisponibilité du médicament Advagraf en 2016. Il est probable que l'origine du problème réside plutôt dans le contingentement du médicament. Certains médicaments, en Belgique, sont effectivement contingentés et l'Advagraf en fait partie.

Le contingentement des médicaments est une pratique qui existe depuis de nombreuses années et appliquée par une partie des firmes pharmaceutiques en Belgique et dans d'autres pays de l'Union européenne. Il consiste à se baser sur les chiffres de consommation des années précédentes pour calculer la quantité d'un médicament devant être produite annuellement pour répondre aux besoins du marché belge. À cette quantité est également ajoutée une marge prévisionnelle ainsi qu'une marge de sécurité. Cette quantité est ensuite répartie entre les différents grossistes belges, au prorata de leurs commandes annuelles précédentes. Les quotas sont calculés par les firmes pharmaceutiques et ne sont pas contrôlables par l'AFMPS.

Ils sont régulièrement revus pour s'adapter aux besoins évolutifs du marché. L'exportation parallèle des médicaments belges par les grossistes répartiteurs qui disposent des autorisations adéquates n'est pas

illégale non plus.

Dans le cas du contingentement, le médicament n'est pas à proprement parler indisponible sur le marché mais il est vrai que la livraison vers le pharmacien peut prendre un délai un peu plus long, le temps que le grossiste soit réapprovisionné par le distributeur du médicament.

Lorsqu'un médicament est réellement indisponible, par exemple suite à des problèmes de fabrication, la firme est tenue de signaler son indisponibilité à l'AFMPS et l'indisponibilité est alors publiée sur le site web de l'AFMPS. Dans ce cas, un pharmacien peut, sur base d'une prescription médicale et d'une déclaration d'un médecin, importer une alternative thérapeutique enregistrée dans le pays d'origine (article 105 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006 concernant les médicaments à usage humain ou vétérinaire).

Par ailleurs, en cas d'indisponibilité temporaire d'un médicament en Belgique, l'AFMPS peut, sur avis de la Commission consultative, accorder une dérogation à une firme pharmaceutique pour l'importation et la distribution en Belgique d'une alternative thérapeutique non enregistrée en Belgique mais enregistrée et disponible dans un autre pays.

09.03 Damien Thiéry (MR): Madame la ministre, le domaine pharmaceutique m'a beaucoup intéressé dans la première partie de ma carrière professionnelle. En définitive, je suis content d'entendre qu'un certain nombre de mesures ont été prises mais je peux vous dire que jamais une firme pharmaceutique n'osera dire - sauf s'il y a un gros problème de production - à l'AFMPS qu'il y a une rupture de stock et qu'elle ne peut plus alimenter le marché, ne fût-ce que pour une période déterminée car, automatiquement, le système auquel vous faites référence, permet aux firmes concurrentes, via une procédure beaucoup plus légère, de faire venir l'équivalent de la molécule en Belgique. On se rend compte alors que cette molécule est moins chère et c'est la raison pour laquelle les sociétés ne déclarent jamais cela.

C'est une discussion que l'on peut avoir avec le cabinet puisque je pense bien connaître le système. Au-delà de la problématique d'exportation sur laquelle vous avez mis le doigt, en définitive c'est ce qui se passe: parce que les prix sont meilleurs à l'exportation, les grossistes ont tendance à exporter et ne respectent ni le contingentement en Belgique, ni le stock. Il faudrait donc imposer un contingentement supérieur, des stocks supérieurs, avec l'obligation de délivrer d'abord dans notre pays et d'éventuellement exporter par la suite. Il y a des accords entre sociétés pharmaceutiques et grossistes. C'est cela qu'il faut vérifier.

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

La **présidente**: La question n°14920 de Mme Jadin est reportée à sa demande.

La question n° 15014 de Mme Van Hoof est transformée en question écrite.

10 Vraag van mevrouw Nahima Lanjri aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de cumulatieregel in de nomenclatuur" (nr. 15123)

10 Question de Mme Nahima Lanjri à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la règle de cumul dans la nomenclature" (n° 15123)

10.01 Nahima Lanjri (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in het koninklijk besluit van 26 maart 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt in de tweede paragraaf aangegeven dat per dag en per patiënt maar een enkele van de verstrekkingen uit de eerste paragraaf van datzelfde artikel in rekening mag worden gebracht.

Deze verstrekkingen gaan allen over echografieën buiten de zwangerschap. Deze beperking geldt zowel voor de individuele geneesheer als voor de verschillende geneesheren van eenzelfde specialisme.

In de praktijk geven artsen aan dat wanneer een patiënt zich ambulantly aanmeldt voor een echografie van bijvoorbeeld schouder en heup of knie en elleboog, hij wordt geweigerd en wordt gevraagd om op een andere dag terug te komen naar het ziekenhuis, want anders zou hij geen recht hebben op terugbetaling door de ziekteverzekering.

Er is mij verteld dat dit komt omdat er in de nomenclatuur voor deze twee echo's telkens dezelfde code wordt

opgenomen. Artsen geven aan dat zij de reden voor deze regel niet begrijpen en hem onvriendelijk vinden ten aanzien van de patiënt en ten aanzien van de kosten voor beheer van het RIZIV zelf.

Uiteindelijk zal de technische prestatie twee keer worden aangerekend, maar als de arts dat in een keer kan doen, zal hij een keer een honorarium aanrekenen.

Concreet, voor ledematen is de code 460294. Tot nu toe durfden artsen dat geen twee keer in te vullen omdat ze vrezen dat het niet zou worden terugbetaald. Klopt die redenering, ook als het om verschillende ledematen gaat? Kan men geen echografie laten nemen op eenzelfde dag om het recht op terugbetaling niet te verliezen?

Wat is de redenering achter het koninklijk besluit?

Is het wenselijk het aan te passen of een bijkomende differentiëring in de code mogelijk te maken? Het is patiëntonvriendelijk. Vooral voor mensen die slecht te been zijn, voor ouderen of voor zieken is het nog een extra moeilijkheid.

Graag kreeg ik dus uw mening over de problematiek.

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Lanjri, de problematiek die u schetst, is bekend.

De nomenclatuurregel bepaalt dat aan de patiënt voor wie op dezelfde dag meerdere echografieën worden aangevraagd, die echografieën niet op dezelfde dag mogen worden aangerekend. Dat geldt nog steeds sinds 2003.

Voor een aantal verstrekkingen is in de omschrijving echter opgenomen dat het een onderzoek van een of meerdere organen of regio's betreft, bijvoorbeeld een MR-onderzoek van een borst of van beide borsten, een bidimensionele echografie van een borst of van beide borsten, van een oog of van beide ogen dan wel van een ledemaat of van meerdere ledematen.

In het laatste geval dient men de patiënt waarop men een echografie van bijvoorbeeld een knie uitvoert, voor de andere knie niet op een andere dag te laten terugkeren, zoals u aanhaalt. In dat geval bevat de nomenclatuur immers een verstrekking van bidimensionele echografie van een ledemaat of van meerdere ledematen, die wel mag worden aangerekend.

Ook voor andere verstrekkingen worden dergelijke omschrijvingen ondertussen voorgesteld.

De algemene nomenclatuurregel ter zake werd echter niet gewijzigd. De motivatie daarvoor is de voorschrijvers zoveel mogelijk aan te moedigen alleen de noodzakelijke medische beeldvorming aan te vragen en bijvoorbeeld niet systematisch een onnodig bilateraal onderzoek aan te vragen.

Een uitzondering is medische beeldvorming bij kinderen, waar het bilateraal onderzoek standaard wordt gedaan. Bij een hand, voet of knie van een kind wordt altijd ook de andere kant gedaan, omdat er bij het kind nog groeischijven zijn en men goed moet kunnen zien wat de groeischijven zijn en wat eventueel een pathologische problematiek is.

U weet dat wij ook door een fenomeen van te veel aanvragen voor beeldvorming worden getroffen. Dat past echter al in dat kader.

Inzake het mogelijk maken van gelijktijdige onderzoeken voor patiënten, zoals tegelijkertijd een echografie van de heup en het bekken, zullen wij dit nog eens onder de aandacht brengen van...

10.03 **Nahima Lanjri** (CD&V): (...)

10.04 Minister **Maggie De Block**: Dat kan wel, maar u had het over twee knieën. Als het bijvoorbeeld om CT's gaat, moet men die apparatuur altijd verplaatsen. Gedurende een paar uren doet men dan alleen maar knieën of schouders. Het hangt soms ook af van het ziekenhuis. In elk geval wil ik andere zaken terug onder de aandacht van de bevoegde organen brengen. Er zijn al aanpassingen doorgevoerd aan de nomenclatuur. Wij hebben als 22 000 codes voor de nomenclatuur. Op eentje zal het dus niet aankomen. Als er nog andere

codes moeten worden toegevoegd om het comfort van de patiënt te vergroten, dan moet dit maar.

U heeft het over een honorarium, maar dat klopt niet. Het honorarium is altijd hetzelfde. Als men twee knieën laat onderzoeken, moeten er twee aparte protocollen worden gemaakt, want anders kan men de verkeerde opereren. Op dat vlak is het nodig om een onderscheid te maken. Er wordt telkens een protocol opgesteld en het ereloon daarvoor is hetzelfde. Het ereloon wordt aangerekend voor het opstellen van een protocol. Er is de prestatie van het onderzoek, maar vooral het maken van het protocol wordt gehonoreerd. Dit moet voor elk lichaamsdeel apart worden gedaan.

Als u voorbeelden hebt waar dit nog moet worden aangepast, mag u mij die bezorgen. Het gaat over een KB van 2003. Ondertussen zijn er heel wat andere onderzoeken mogelijk en de nomenclatuur moet hierin volgen. De voorbeelden die u hebt gegeven, gaan niet allemaal op. Misschien zijn er andere die wel opgaan. U mag die voorbeelden altijd doorgeven en dan zullen wij laten onderzoeken of er nog andere nomenclatuurnummers nodig zijn, dan wel of er belemmeringen zijn.

Ik was er niet bij in 2003 toen dit systeem is ontstaan. Men zegt mij dat dit is ontstaan omdat men zag dat er nogal losjes werd omgegaan met het aanvragen van onderzoeken.

10.05 Nahima Lanjri (CD&V): Het probleem is mij gemeld op het moment dat ikzelf bij de dokter was. Ik was daar ook voor mijn schouder en heup. Er werd toen gezegd dat men dat eigenlijk niet mocht doen. Mijn dokter zei me dat hij dat lastig vond voor oudere mensen, dat hij er een mouw aan probeerde te passen, maar dat dit eigenlijk niet mogelijk was.

Ik heb het formulier hier bij me. Mijn dokter vertelde me dat de code voor een heup dezelfde is als de code voor een schouder. Het gaat over code 460294. Tweemaal dezelfde code invullen kan niet. Dus daar zit het probleem.

Ik wil zeker niet zeggen dat we maar onderzoeken moeten doen terwijl het niet nodig is. Daarover gaat het niet. Maar het is al te gek dat we mensen tweemaal zouden laten komen, terwijl dit ook in één keer kan als dat noodzakelijk is.

Als een huisarts aan een patiënt voorschrijft dat hij de beide moet laten onderzoeken, dan is het te gek dat dit in twee keer moet gebeuren. Bovendien vertelde mijn dokter mij dat de technische prestatie inderdaad apart te betalen is. Als een patiënt twee keer moet komen, betaalt hij ook twee consulten. Als een patiënt maar één keer op raadpleging moet, dan betaalt hij voor één raadpleging en twee technische prestaties.

10.06 Minister Maggie De Block: Als u me het concrete nomenclatuurnummer geeft, dan gaan we het laten nakijken. Wat de knieën betreft, is er geen probleem. Symmetrische onderzoeken kunnen gebeuren.

La **présidente:** La ministre est ouverte, et elle est intéressée par le fait de parler des cas concrets. Elle verra quelles solutions elle peut y apporter. Ici en commission, je pense que nous n'y arriverons pas.

*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 e-sigaret" (nr. 15127)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van de e-sigaret" (nr. 15473)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de controle op de e-sigaret" (nr. 15725)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de protestactie van de dampers" (nr. 15999)

11 Questions jointes de

- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la cigarette électronique" (n° 15127)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de l'e-cigarette" (n° 15473)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le contrôle en

matière de cigarettes électroniques" (n° 15725)

- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'action de protestation des vapoteurs" (n° 15999)

11.01 **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, e-sigaretten zijn een *booming business* geworden. Geleidelijk aan wordt ook duidelijker dat aan het gebruik van e-sigaretten een aantal gezondheidsrisico's verbonden zijn. Enerzijds past het wel in het gebruik van een rookstop, maar anderzijds berichtte een persartikel van vorig jaar over een onderzoek van de Amerikaanse universiteit van Rochester. De dampen die vrijkomen tijdens het roken zijn erg schadelijk voor het mondslijmvlies. Dit hangt volgens dat toxicologisch onderzoek ook af van de kwaliteit van de e-sigaret.

Indien de gloeidraad wordt blootgesteld aan een te hoog voltage komt formaldehyde vrij, wat kan leiden tot mondziektes. Dit werd bevestigd door professor Tytgat van de universiteit van Leuven, die ook aantoonde dat de toevoeging van een muntsmaak schadelijker zou zijn voor het mondslijmvlies dan de klassieke e-sigaretten. Ik las in hetzelfde artikel ook dat de kwaliteitseisen inzake e-sigaretten worden verhoogd door de Europese Unie.

Hebt u al een zicht op het nieuwe Europese kwaliteitskader? Wordt er met hetgeen ik daarnet zei ook rekening gehouden in de Belgische notificatieprocedure, die verplicht is alvorens e-sigaretten in België kunnen worden verkocht?

Wat is uw houding ten opzichte van het toevoegen van een muntsmaak aan de e-sigaretten, rekening houdend met het onderzoek? Op welke manier wordt de bevolking op de hoogte gehouden van potentiële gezondheidsrisico's?

11.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Van Hoof, het rapport uit de Verenigde Staten, dat u vernoemt, geeft inderdaad aan dat er aan het gebruik van de e-sigaret gevaren zijn verbonden. Zij hebben daar ook al meer onderzoek naar kunnen doen, omdat in de Verenigde Staten het verbruik van e-sigaretten heel groot is en bij de studenten in het secundair onderwijs al 16 % bedraagt.

In België is nog geen enkele studie daarover beschikbaar, omdat wij nog langer de gewone sigaretten hebben laten roken. In de Verenigde Staten is er nu al een verbod in de parken. Ook Central Park is sedert enige maanden rookvrij.

Mijn diensten zijn van oordeel dat het rapport spoort met de visie die door de Gezondheidsraad in oktober 2015 is gegeven. De e-sigaret is minder schadelijk dan de gewone sigaret en kan als hulpmiddel worden gebruikt. Ze moet dus ook toegankelijk zijn. Er kunnen in de toekomst echter ook nog gezondheidsrisico's voor de pinnen komen die aan de e-sigaret verbonden zijn, wat ook altijd op die manier is gecommuniceerd.

In dat opzicht moeten wij ten opzichte van jonge mensen voorzichtig zijn.

Daarom zijn ook e-sigaretten, net zoals de gewone sigaretten, verboden voor jongeren onder de leeftijd van zestien jaar.

De maatregelen van de richtlijn zijn in het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 opgenomen. De maatregelen gaan ook over de etikettering, waarmee wordt beoogd betere informatie over mogelijke risico's aan de gebruikers te geven.

Het gaat ook over maatregelen omtrent de samenstelling van de vloeistoffen, het volume enzovoort.

Er werden supplementaire maatregelen genomen om de gebruiker en zijn omgeving te beschermen. Dat wil zeggen dat het verboden is om deze e-sigaretten in publieke aangelegenheden te gebruiken.

Op een zondag stond er een kleine betoging voor mijn deur van de zogenaamde *vapoteurs*. Ik moet zeggen dat men er in onze gemeente heel veel over gesproken heeft. Er hing immers echt een wolk van damp rond deze groep van aan het station tot aan mijn deur. Mijn burens hebben me foto's doorgestuurd. Wat die betoging voor mij heeft opgebracht is dat mensen die dat gezien hebben, nu zeggen dat het inderdaad terecht is dat men dat niet toelaat in een drankgelegenheden, in een restaurant of zelfs hier in deze zaal. Mochten hier enkele *vapoteurs* zitten, dan zouden we elkaar niet meer kunnen zien. Wat dat betreft, was

hun actie wel een schot in de roos.

Het is ook verboden om de e-sigaret te verkopen aan min-zestienjarigen en reclame te maken. Er is enkel een affiche mogelijk in de verkooppunten.

Er is ook een notificatieprocedure voor de e-sigaretten ingevoerd. Deze laat toe om de samenstelling van de producten die in de handel zijn te kennen en ook gegevens te hebben met betrekking tot de verkoop van deze producten en over de beschikbare toxicologische gegevens. Deze bepalingen scheppen een kader dat als doel heeft om acute intoxicaties voornamelijk met nicotine te vermijden, maar verminderen eveneens ook de aantrekkingskracht van deze producten bij de consument.

De Europese richtlijn verbiedt de aanwezigheid van karakteristieke smaakstoffen waaronder muntsmaak, in tabaksproducten, maar zij verbiedt deze niet in e-sigaretten. Dankzij de notificatieprocedure laat de wetgeving ons echter toe om de evolutie op de markt op te volgen. Zo kunnen er op Europees niveau nieuwe maatregelen ingevoerd worden indien dit nodig blijkt.

Wat dat betreft, hebben we een achterstand tegenover de Verenigde Staten. Het is niet wenselijk dat we op eigen houtje maatregelen op dit vlak uitwerken. Het is wel nodig om hieraan op Europees vlak verder te werken. Ik begrijp de eventuele verwarring omtrent mijn verwijzing naar de aanpassing van de controledatabank van de Controledienst Tabak en Alcohol. De databank werd pas begin september 2016 aangepast. Sinds dan werden 4 251 controles op roken van tabaksproducten en e-sigaretten in publieke plaatsen verricht.

Er werden 46 inbreuken vastgesteld tegen het roken van e-sigaretten. Er werden 16 pv's tegen uitbaters en 7 pv's tegen dampers opgesteld.

Het antwoord op andere vragen zal u schriftelijk worden bezorgd.

Er werden ook verschillende acties door de diensten ondernomen. Zo is er een informatievergadering voor de sector georganiseerd. Er werd ook een gids opgesteld om aan de betrokkenen bij de verkoop van de e-sigaret – producenten, invoerders en winkluitbaters – de gevolgen van de nieuwe wetgeving, voor een groot deel voortvloeiend uit de Europese richtlijn, toe te lichten.

Preventie- en sensibiliseringsacties voor het grote publiek zijn de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ondertussen hebben al die winkels ook een controle gekregen. De helft ervan was niet in orde. Er waren kleine of grote mankementen. De controles zullen opnieuw plaatsvinden, ook bij degenen die wel in orde waren. Men zal verder controleren of iedereen in orde is met de Europese richtlijn.

In de Interministeriële Conferentie werd ook een toelichting over de EU-richtlijn gegeven. Daaruit volgde dan de nationale wetgeving. Het is nu aan de Gemeenschappen om hieraan ook gevolg te geven, binnen hun bevoegdheid, op het vlak van preventie. Zij doen ook aan preventie voor tabak. Zij moeten ook zorgen voor preventieve maatregelen, zodat jongeren niet met tabak beginnen, en bij uitbreiding ook niet met de e-sigaret.

Heel wat mensen zijn hierin een handeltje gestart. Zij zijn verbaasd over de strikte omzetting van de Europese richtlijn. Er was geen reglementering. Nu is er wel een reglementering. Daarom is men met een honderdtal mensen voor mijn deur komen protesteren tegen het feit dat dit nu gereguleerd en gecontroleerd wordt, wat eigenlijk maar normaal is.

Er is bijvoorbeeld een pv opgesteld tegen iemand die vulstof verkocht aan iemand van veertien jaar. Dat kan dus niet.

11.03 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Het is goed dat u de e-sigaret gelijk behandelt aan de sigaret en dat ook daarvoor de regels van toepassing zijn. Wat de smaken betreft, is er echter nog een lacune.

In zijn rapport van 2015 gaf de Hoge Gezondheidsraad aan dat het marktaandeel van de e-sigaret toen nog maar 2 % bedroeg. Ik meen dat dit aandeel in België ondertussen is gestegen naar zowat 5 à 10 %.

Er is volgens mij korte- en langetermijnonderzoek nodig. Wij moeten dit onderzoek ook in België voeren. Deze zaak wordt uiteraard op Europees niveau opgevolgd omdat zij een notificatieprocedure heeft voor de verschillende chemische stoffen. Ik meen evenwel dat wij zelf ook waakzaam moeten zijn.

Ik zag deze week nog een foto van iemand wiens e-sigaret ontploft was in zijn broek. Gelukkig had dit geen verdere gevolgen. Dit is duidelijk niet zonder gevaar. Er zijn goedkope modellen. Ik zag zelfs een foto van iemand waarbij het toestel was ontploft in zijn mond.

Dit blijft dus een zaak om op te volgen. Ik zou er dan ook voor willen pleiten om dit ook op Belgisch niveau nauwgezet op te volgen via korte- en langetermijnonderzoeken waarvoor de Hoge Gezondheidsraad heeft gepleit.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions n^{os} 15158, 15183 et 15186 de Mme Jadin sont reportées.

12 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "baby's zonder referentiearts" (nr. 15228)**

12 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les bébés sans médecin de référence" (n° 15228)**

12.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, er is een tijdje geleden een onderzoek verschenen van de Onafhankelijke Ziekenfondsen waaruit bleek dat een op zeven baby's geen pediater of huisarts heeft en dat in eenoudergezinnen of gezinnen met een verhoogde tegemoetkoming een op vijf baby's helemaal geen referentiearts heeft. Die cijfers voor de eerste twee levensjaren zijn eigenlijk wel zorgwekkend. Het fenomeen heeft tot gevolg dat een op drie ouders minstens een keer per jaar naar de spoeddienst gaat, wat we dus zouden kunnen vermijden en wat ook geld kost, geld dat we beter op een andere manier kunnen investeren.

Ik ben een groot voorstander van referentieartsen, die dicht bij de mensen staan, zoals de huisartsen. U zult het op dat punt wel met mij eens zijn, aangezien u zelf huisarts bent. Ik zou gezinnen dus niet aanmoedigen om een pediater als eerste referentiearts te nemen, indien het kind gezond is en geen speciale aandoeningen heeft, wel een huisarts, die eerstelijngesondheidszorg biedt en de hele gezinscontext kent. Zeker voor kwetsbare gezinnen en baby's uit kwetsbare gezinnen moeten we die formule aanmoedigen.

Mevrouw de minister, bent u het met mij eens dat gezinnen met baby's best op zoek gaan naar een vaste huisarts en pas indien nodig naar een pediater moeten worden doorverwezen?

Bent u het met mij eens dat ook voor spoedopnames baby's best eerst bij huisartsenwachtposten terecht kunnen voor een eerste controle? Ziet u een meerwaarde in wijkgezondheidscentra voor kwetsbare gezinnen? Zo ja, strookt dat met de beslissing om de middelen voor de wijkgezondheidscentra te bevriezen?

12.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het RIZIV heeft in 2012 een rapport gepubliceerd "Performantie van de huisartsgeneeskunde: een check-up", Health Services Research. Hieruit bleek reeds dat vijftien procent van de kinderen geen contact had met een arts, eigenlijk een op zes dus.

Het RIZIV heeft ook in zijn witboek aandacht voor de thematiek. Het witboek pleit voor effectieve partnerschappen tussen diensten die zich bezighouden met de gezondheid van moeder en kind, met het oog op een globale aanpak, van de preconceptie tot minstens wanneer het kind naar de lagere school gaat. Wij hebben dan ook aan het RIZIV gevraagd om een analyse te maken van de totale kosten en van de impact van de implementatie van een zorgtraject inzake kwetsbare zwangeren vanaf de zwangerschapsdiagnose tot zes weken na de bevalling. We zijn dus in blijde verwachting van dat rapport van het RIZIV. Ik meen echt dat dit belangrijk is. We leveren heel veel inspanningen voor de begeleiding van aanstaande moeders. Er is nu al een moeder-kindtraject en het nieuwe project zou daarop een vervolg kunnen zijn.

Voorts, natuurlijk kunnen gezinnen met baby's in huisartsenposten terecht. Waar staat het geschreven dat zij daar niet naartoe zouden mogen gaan? Iedereen mag daarheen gaan. Men kan er met zijn oma naartoe, maar ook met zijn kleinkind. Ze zijn heel toegankelijk. Trouwens, patiënten kunnen er perfect voor kiezen om

zich bij een wijkgezondheidscentrum in te schrijven. Dat is hun vrije keuze.

Ik spreek ook meteen het fabeltje tegen als zou ik de werking van de wijkgezondheidscentra verminderen; er komen dit jaar nog dertien centra bij. We hebben de lijst gegeven. Stop dus met desinformatie. Dokters van de Wereld heeft gezegd dat zij er twee zal openen, omdat ik ze zou afbouwen. Dat is dus niet waar.

Een audit van het gebruik van de publieke middelen bij de huisartsenposten leert ons veel. Het leert ons hoe we ze kunnen verbeteren. Het is niet alleen goed dat er een is, die moet ook goed werken voor de mensen. Zo niet maakt men hen blij met een dode mus. Er zijn centra, die goed werken, er zijn er die niet goed werken. Daarvoor moet die audit er komen.

12.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ten eerste, u zegt dat we in blijde verwachting zijn. Ik veronderstel dat het dan voor binnenkort zal zijn en dat het geen negen maanden meer zal duren.

U hebt mijn vraag kennelijk verkeerd begrepen, want ik heb uitdrukkelijk gevraagd om aan te moedigen dat men eerst naar de huisartsenwachtpost zou gaan in plaats van rechtstreeks naar de spoed, wat nu nog te vaak gebeurt. Daarover zijn we het eens.

Wat de desinformatie over de wijkgezondheidscentra betreft, ik heb gisteren een pamflet van de Open Vld van Mene in handen gekregen. Men citeert u daarin dan verkeerdelijk en zegt dat u de wijkgezondheidscentra wil verminderen of bevroeren. Ik zal u dat pamflet bezorgen.

12.04 Karin Jiroflée (sp.a): (...)

12.05 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, u kunt misschien in mijn plaats antwoorden. Ik heb ze niet.

Ik heb wel de informatie dat men mij aankondigt als spreker in een gezondheidscentrum van Geneeskunde voor het Volk, dat er een speeddating met mij zal zijn, terwijl ik van niets weet. Iemand van mijn kabinet zou gebeld zijn en zou hebben gezegd dat ik kom. Ik ben daarvan dus niet op de hoogte. Ik vraag mij af wie ze dan zullen uitnodigen en wie daar zal zijn.

Dat noem ik desinformatie aan het publiek. Als men iemand niet heeft uitgenodigd en die persoon daar dus niet zal zijn, dan moet men de mensen niet vragen om zich in te schrijven voor een speeddate met mevrouw De Block. Daar kan ik niet tegen.

12.06 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, persoonlijk feit.

Ik voel mij hier aangesproken op iets waarvan ik helemaal niets afweet, mevrouw de minister. Ik meen dat ik u het pamflet heb bezorgd via Facebook of mail. Mijn medewerker heeft het doorgegeven. Het is echt de moeite om dat pamflet van Open Vld Mene even te lezen. Dat heeft niets te maken met wat u net zegt.

12.07 Minister Maggie De Block: Ik dank u voor het doorsturen van het pamflet met verkeerde informatie van Open Vld Mene.

Ik dank ook de mensen die mij hebben gemeld dat ik zogezegd een speeddate zou doen met de helft van Limburg, terwijl ik daarvan niets weet.

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

La **présidente**: Les questions n^{os} 15261 et 15262 de Mme Yoleen Van Camp sont reportées.

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van kinesithérapie voor patiënten met CVS of fibromyalgie" (nr. 15288)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verminderde terugbetalingen voor kinesithérapie voor fibromyalgiepatiënten" (nr. 15336)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fibromyalgie" (nr. 15528)

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "verminderde terugbetalingen voor kinesitherapie voor fibromyalgiepatiënten" (nr. 15723)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "kinesitherapie bij fibromyalgie of CVS" (nr. 15728)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van kinesitherapie voor fibromyalgiepatiënten" (nr. 16166)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van kinesitherapie sessies voor fibromyalgiepatiënten" (nr. 16332)

13 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la kinésithérapie pour les personnes souffrant de fatigue chronique ou de fibromyalgie" (n° 15288)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la diminution du remboursement de la kinésithérapie pour les personnes atteintes de fibromyalgie" (n° 15336)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fibromyalgie" (n° 15528)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la diminution du remboursement de la kinésithérapie pour les personnes atteintes de fibromyalgie" (n° 15723)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la kinésithérapie en cas de fibromyalgie ou de SFC" (n° 15728)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de la kinésithérapie en cas de fibromyalgie" (n° 16166)
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des séances de kinésithérapie en cas de fibromyalgie" (n° 16332)

13.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, wij vernemen dat patiënten die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom of aan fibromyalgie, voortaan minder sessies terugbetaald krijgen voor behandelingen bij de kinesist. Waar men vroeger recht had op de terugbetaling van 60 sessies van 30 minuten, wordt dit nu teruggeschroefd tot 18 sessies en eventueel 18 extra, weliswaar van 45 minuten, dit alles op jaarbasis. Hoe dan ook is dit een drastische vermindering van de terugbetaling aan de patiënten.

Mevrouw de minister, ik wil hier graag een aantal concrete vragen over stellen.

Wat betekent dit concreet voor de patiënt? Vele patiënten die lijden aan CVS of fibromyalgie hebben, om mobiel te blijven, wekelijks kine nodig, of toch zeker op regelmatige basis. Betekent dit dat zij de overige nodige sessies uit eigen zak zullen moeten betalen?

Op welke basis werd deze beslissing genomen? U verwijst naar experts en internationale aanbevelingen, maar over welke experts en aanbevelingen gaat het dan concreet?

Vreest u niet dat de vermindering van het aantal terugbetaalde kine-uren zal leiden tot het gebruik van meer pijnstillers? Die pijnstillers worden uiteraard ook terugbetaald. Vult u op die manier geen put met het zand van een andere gegraven put?

13.02 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, nous avons déjà parlé des économies dans nos soins de santé. Les mesures se suivent et se ressemblent pour certains patients. Dernier exemple en date, votre décision de raboter les séances de kinésithérapie pour traiter la fibromyalgie: nous passons de 60 à 18 séances. Et pourtant l'ASBL FOCUS Fibromyalgie soutient que ces séances de kinésithérapie sont indispensables pour les patients atteints de ce mal, qui concerne quand même 3 % de la population, dans la mesure où elles permettent une diminution de la douleur et améliorent leur mobilité. Des pétitions ont été lancées contre cette décision jugée injuste et injustifiée par beaucoup. Il semble que les dernières *guidelines* en la matière insistent sur l'importance de l'exercice physique. Par la réduction drastique du remboursement de ces séances, ces patients seront dès lors contraints de prendre davantage d'anti-douleurs et à plus fortes doses.

Lors des débats budgétaires qui avaient eu lieu en commission, vous aviez indiqué vous être basée sur les dernières références *evidence based* et sur une analyse approfondie de la littérature scientifique, ainsi que sur la consultation d'experts belges et étrangers, et notamment sur une étude du KCE.

Dans un courrier adressé à certains professionnels par le KCE, cette décision semble avoir été prise sans qu'aucun avis sur le sujet n'ait été demandé au Centre fédéral d'expertise. Pourriez-vous nous dire à quel

rapport du KCE vous faites référence? S'agit-il du rapport évaluant assez négativement les centres de prise en charge du syndrome de fatigue chronique (SFC) et de la fibromyalgie, datant de 2008? Pourriez-vous nous communiquer les dernières références scientifiques et *evidence based* sur lesquelles vous vous êtes basée? Les économies réalisées dans ce cadre serviront-elles à couvrir d'autres prestations? Si oui, lesquelles? Ne craignez-vous pas que votre décision entraîne une surconsommation d'anti-douleurs? Cela s'avérera plus néfaste pour la santé de ces patients et engendrera des coûts supplémentaires pour l'assurance soins de santé, qu'en pensez-vous? Qu'en sera-t-il à l'avenir du remboursement partiel des anti-douleurs pour les patients atteints de douleurs chroniques, tout cela étant lié?

13.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je ne répèterai pas ce qui a déjà été dit.

Madame la ministre, vous avez pris des décisions qui concernent les patients atteints de fibromyalgie, mais également ceux atteints du syndrome de fatigue chronique.

Il s'agit d'une maladie invisible, souvent incomprise, qui touche plus de 300 000 Belges, même si certains considèrent encore aujourd'hui qu'il s'agit d'une maladie "bidon". Faut-il rappeler qu'elle est reconnue officiellement comme maladie invalidante par l'Organisation mondiale de la Santé. Il me semblait important de rappeler ces éléments, sachant la manière dont la situation de ces patients est parfois abordée alors qu'un grand nombre d'entre eux en sont affectés au quotidien.

Vous décidez donc de modifier les conditions de remboursement, y compris de catégorie. Il s'agit d'une mesure dure et brutale pour les personnes concernées qui pourrait, in fine, avoir un effet non négligeable sur le volet budgétaire. En effet, il s'agit bien d'une mesure de restriction budgétaire qui pourrait bien vous coûter beaucoup plus cher car le traitement par kiné permet, bien souvent, au patient de continuer à travailler. Ce faisant, votre décision me semble totalement incompréhensible. En effet, non seulement cela pénalise les patients au quotidien, mais, en plus, cela risque de les précipiter en congé de maladie, ce qui coûtera nettement plus cher à l'État.

Madame la ministre, selon vous, ce sont les kinés et médecins qui l'ont décidé. Permettez-moi de vous dire que je les ai interrogés. Le monde scientifique, le monde médical et le monde des kinés font savoir leur incompréhension face à vos décisions qui ne vont nullement dans le sens des recommandations. Pour reprendre les propos du docteur Masquelier, vous avez cassé un château de cartes construit pendant des années pour des raisons purement budgétaires. Il va même jusqu'à dire qu'il s'agit d'une non-assistance à personnes en danger et d'une régression sociale majeure.

Madame la ministre, votre décision est incompréhensible. Au-delà d'essayer de la justifier sans *evidence*, permettez-moi de vous demander de revoir votre position.

13.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal niet herhalen wat de vorige sprekers allemaal hebben gezegd. Ik sluit mij aan bij een aantal vragen en ik zal alleen kort mijn eigen vragen stellen.

Kloppen de cijfers die werden geciteerd in de pers? Hoeveel patiënten worden getroffen?

Wat is uw motivatie of hoe verantwoordt u deze besparing?

Het is geweten dat deze kinesessies het mogelijk maken om patiënten te laten re-integreren en deelnemen aan het arbeidsproces. Het mogelijk maken van de re-integratie van langdurig zieken is toch een van uw bekommernissen? Staat deze maatregel daar niet haaks op?

13.05 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, j'aborderai d'autres aspects du problème.

Tout d'abord, la raison pour laquelle la principale association représentative des kinésithérapeutes francophones, à savoir l'Union des kinésithérapeutes de Belgique (UKB), n'aurait pas été consultée sur la réforme du remboursement ne me paraît pas très claire. Est-ce parce qu'elle n'est pas représentée au sein du Conseil technique de la kinésithérapie? Il faut en effet totaliser mille membres au minimum pour être reconnue comme association représentative par l'INAMI. L'UKB, qui n'atteint pas ce seuil, dénonce une modification de la période de comptage prise en compte.

L'association Axxon est, quant à elle, représentée dans ce Conseil, au côté des mutuelles et d'experts. Or il

semblerait qu'elle soit surtout représentative des praticiens du Nord du pays, comme le confirme la répartition des cercles mentionnée sur son site. Ce sont des informations tout à fait objectives, j'insiste. En revanche, l'UKB, qui serait davantage représentative des kinésithérapeutes francophones, se sent donc exclue de la concertation.

Madame la ministre, pourriez-vous nous faire connaître le résultat du comptage entrepris par l'INAMI en présence d'un huissier, en fournissant pour chaque Région le nombre de kinésithérapeutes affiliés à Axxon et le nombre de membres de l'UKB?

Ne pourriez-vous tenir compte de la représentativité dans chaque Région afin que les francophones ne soient pas écartés des débats et puissent également être entendus?

Cette réforme ne constituerait pas une mesure d'économie en soi, mais elle permettrait quand même de faire une économie. À combien s'élèvera-t-elle? Sera-t-elle affectée à l'effort global demandé aux soins de santé pour 2017 ou bien affectée à d'autres traitements de kinésithérapie?

Enfin, pourriez-vous expliquer les arguments avancés par les experts consultés pour justifier que des séances plus longues et moins nombreuses seraient bénéfiques aux patients? En décembre dernier, vous m'aviez répondu ceci: "Cette décision a été prise par le Conseil technique de la kinésithérapie sur la base de l'avis de toutes les universités belges, des experts, des médecins et des kinésithérapeutes. Un panel complet des personnes bien au fait de ce sujet, une étude de la littérature scientifique et le rapport du KCE ont également été consultés." Cependant, les bases scientifiques de votre décision sont contestées. Ainsi, la seule étude réalisée par le KCE qui pourrait entretenir un lien avec le sujet qui nous préoccupe s'intitule "Syndrome de fatigue chronique. Diagnostic, traitement et organisation des soins" et date de 2008. Dans leurs conclusions, les experts critiquaient surtout les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique, qui avaient été ouverts en 2002, mais je ne vois pas en quoi cela justifie votre réforme.

Par ailleurs, l'association FOCUS Fibromyalgie Belgique affirme que votre réforme est non fondée parce qu'elle ne tient pas compte des recommandations scientifiques ni des avis des experts. Elle a pris la décision d'intenter une procédure en annulation devant le Conseil d'État et l'UKB s'y joindra également.

Madame la ministre, cette polémique paraît mériter des précisions quant aux études et experts qui ont justifié votre réforme.

13.06 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je citais, dans ma question, le contenu de votre intervention lorsque nous avons discuté de la note de politique générale et du budget. Je ne le répéterai pas, d'autant que d'autres collègues y ont fait allusion. Mais si je l'ai incluse dans ma question, c'est parce que, à son audition et à sa lecture, la confusion est totale quand on la prend dans son ensemble, étant donné qu'il y a à la fois un remplacement de 60 séances remboursées par 18, renouvelables sur simple prescription du médecin traitant. Le message qui en ressort et sur lequel vous insistez est de dire qu'ils vont pouvoir le renouveler autant que nécessaire. Mais la différence réside dans les taux de remboursement complémentaires à la différence de la nature des prestations. Je pense qu'il faut pouvoir donner une réponse claire.

Par ailleurs, j'ai moi aussi contacté les patients atteints de fibromyalgie et les kinés et médecins qui travaillent avec eux. Tout le monde est horrifié par les mesures que vous avez prises. Vous avez dit qu'il fallait faire bouger ces personnes et pas seulement leur donner des massages. Il ressort clairement que les deux sont nécessaires. Les kinésithérapeutes sont aptes, à la fois, à mobiliser la mobilité et apaiser les membres ainsi que la douleur. Ces douleurs permanentes et parfois très intenses constituent les fondements de la fibromyalgie.

Je complète ma question car dans votre projet de réforme de l'arrêté royal 78, vous prévoyiez des prestations groupées avec différents prestataires qui pourront intervenir chacun dans leur spécificité autour d'un même patient et d'une même préoccupation. Il me semble que ce qui est proposé ici va dans le sens contraire à cet objectif. Je me demande s'il n'y aurait pas intérêt à anticiper sur cette possibilité de prestations groupées et d'avoir cette approche demandée depuis si longtemps - tout comme dans la résolution adoptée au parlement, il y a quelques années - sur l'approche multidisciplinaire bio-psycho-médico-sociale.

Mes questions visent à préciser en détail les prestations, la nature et les taux des remboursements auxquels

les patients fibromyalgiques auront droit, de manière à ce que la réponse soit claire. Je voudrais aussi que vous précisiez les caractéristiques des séances de kiné autorisées et les alternatives que vous avez envisagées.

Pourriez-vous donner avec précision les bases scientifiques et médicales sur lesquelles vous avez fondé votre décision, puisque, apparemment, les rapports et analyses des acteurs de terrain ne coïncident pas avec ce que vous avez dit? Pourriez-vous préciser quels acteurs de la santé ont été réellement consultés, au sein de l'ensemble des kinésithérapeutes, mais aussi, au-delà de ceux-ci? En effet, les kinésithérapeutes ne sont pas les seuls à intervenir dans un modèle multidisciplinaire conseillé pour ces patients.

13.07 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik zal het nog eens herhalen, want blijktbaar is er weinig geluisterd naar mijn antwoorden tijdens de begrotingsbesprekingen.

De patiënten krijgen toegang tot 18 vergoedbare grotere zittingen van 45 minuten, gedurende een periode van 1 jaar, specifiek gericht op de behandeling van CVS of fibromyalgie. Gedurende dat jaar moeten alle verstrekkingen, verleend in het kader van de behandeling van die syndromen, worden geattesteerd met die specifieke zittingen.

Voor andere aandoeningen blijven de normale vergoedbare kinesitherapeutische verstrekkingen mogelijk. Buiten dat jaar kan de behandeling van die syndromen ook worden aangerekend en vergoed in het kader van de courante aandoeningen, maar dan zijn het natuurlijk zittingen van 30 minuten.

Uit de contacten en aanbevelingen blijkt dat vooral gedurende de eerste zes weken *coaching*, *teaching* en intensieve opvolging nodig zijn. Dit wil zeggen dat men de mensen leert wat ze kunnen doen naargelang hun conditie. Daarna gaat het eerder over opfrissingssessies. Binnen dat bovenvermelde jaar past dit binnen de specifieke 18 zittingen.

Buiten dat jaar zal de terugbetaling van die opfrissingssessies kaderen in de courante aanbevelingen. Deze gerichte aanpak is duidelijk anders dan de standaardzittingen die tot nu toe werden toegepast in de chronische FB-lijst.

Zo kom ik bij de Technische raad voor kinesitherapie, de Belgische universiteiten en het RIZIV.

Ils se sont basés sur des articles scientifiques de professeurs, médecins et kinés, ainsi que des entretiens avec ces derniers. Il s'agit notamment du professeur Vogelaers, du docteur Mariman, de M. Descheemaeker de l'UZ de Gand, du professeur-docteur Nijs de la VUB, de M. Tits de Erasme, le professeur Hyland de la Plymouth University, du professeur-docteur Lorna Paul du Rehab Research Center de Glasgow et du docteur Karen Wallman du Sport Science exercise and health Center of Western Australia.

Le but est de parvenir à apaiser les douleurs chroniques des patients à l'aide d'une approche kinésithérapeutique ciblée qui pourrait faire baisser l'utilisation d'anti-douleurs. Il y aura bien entendu aussi un suivi d'un éventuel changement dans l'utilisation des anti-douleurs.

Il y a aussi quelques bizarreries dans les chiffres que vous citez, monsieur Senesael. Vous parlez notamment de 3 % de la population belge. C'est un paradoxe pour moi car quand on a demandé les chiffres à l'INAMI, en 2015, ce dernier n'a enregistré que 1 071 patients souffrant de CVS/SFC et 7 800 de fibromyalgie. Vous évoquez plus de 300 000 patients. Je ne comprends pas que si peu d'entre eux se soient enregistrés pour être remboursés en 2015, avant que j'aie pris des mesures.

Dan zien wij dat zij van de 60 toegestane zittingen gemiddeld 36 tot 40 zittingen van 30 minuten per jaar gebruikten, wat dus ongeveer overeenkomt met de huidige regeling. Men is hier een verhaal aan het maken, want men krijgt meer en langere zittingen dan in het buitenland. In de ons omringende landen geeft men de terugbetaling voor 10 à 12 zittingen. Wij geven terugbetaling voor 18 zittingen en daarnaast nog de mogelijkheid om de gewone zittingen daaraan vast te breien.

Dan is er nog een groot misverstand. U zegt dat het om 3 % van de bevolking gaat, maar 3 % van de bevolking... als er in het totaal 7 800 en nog eens 1 100 geregistreerd zijn door het RIZIV, dan zijn wij niet over dezelfde mensen bezig, denk ik. Wij zijn niet over dezelfde mensen bezig.

Madame Caprasse, le Conseil technique de kinésithérapie ne peut inviter des organisations qui ne

répondaient pas aux conditions de reconnaissance.

13.08 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik wil die cijfers wel aannemen, maar begrijp ik het goed dat zij voor die opfrissing, zoals u het noemt, kunnen blijven gaan naar sessies van een half uur? (*Ja*)

Op de vraag op welke basis u die beslissing hebt genomen, over die deskundigen, heb ik geen antwoord gekregen.

13.09 Minister Maggie De Block: Ik heb het advies dat mij is gegeven door de Technische raad voor kinesistherapie volledig gevolgd. Op welke basis? Ik heb mij gebaseerd op dat advies. Ik heb al die professoren genoemd, ook uit het buitenland en uit de literatuur. Ik vond het een goed gemotiveerd advies. We hebben het besproken, ik heb er nog uitleg over gevraagd en ik heb het volledig gevolgd. Men doet hier alsof ik een nachtje gedroomd heb over het nemen van die maatregel. Dat is niet zo, die is werkelijk gefundeerd. Men heeft mij dat advies verstrekt en ik heb het gevolgd.

13.10 Karin Jiroflée (sp.a): Misschien kunt u er niet onmiddellijk op antwoorden, maar mijn derde vraag gaat over de vrees dat er meer pijnstillers zullen worden gebruikt. Is het mogelijk om dat op een of andere manier te registreren, hoe het gebruik van pijnstillers evolueert bij die patiënten, bij die 1 071 en die 7 800? Het is maar een suggestie, maar ik meen dat het de moeite loont om dat de volgende jaren in het oog te houden en op te volgen.

13.11 Daniel Senesael (PS): Merci, madame la ministre, pour une partie des réponses que vous avez fournies. Avec tout le respect que je vous dois, je vous ai posé six questions. Au moins trois questions sont restées sans réponse. Croyez-moi, madame la ministre, je n'ai pas vos compétences; je ne me suis pas levé un matin, mis mon doigt au vent en disant qu'il y a 3 % de la population atteinte. Si je vous donne ce chiffre, c'est qu'il a été annoncé par l'ASBL FOCUS Fibromyalgie. Je vais donc interroger cette ASBL pour voir d'où elle tient ces chiffres et je reviendrai vers vous.

13.12 Maggie De Block, ministre: La question est: pourquoi ne sont-ils pas connus auprès de l'INAMI? S'ils existent, ils doivent être connus de l'INAMI parce que ce sont des gens qui ont des prestations.

13.13 Daniel Senesael (PS): Je ne remets pas en cause vos chiffres. Loin de là, madame la ministre! Je précise le rapport sur lequel je me suis basé pour vous annoncer ce chiffre. Je vais continuer mes investigations en la matière et je reviendrai. Tout comme ma collègue, Mme Jiroflée, je vois que quand on diminue ou qu'on oriente différemment les séances de kiné avec les anti-douleurs, on n'a pas non plus un canevas qui est précis à ce niveau. Excusez-moi mais vous n'apportez pas toutes les réponses aux questions qui vous sont posées.

13.14 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, à vous entendre, cela sera mieux, les patients pourront avoir plus.

Je ne peux pas accepter qu'on tronque la réalité. Permettez-moi de décoder vos propos. Aujourd'hui, c'est 60 fois 30 minutes. Demain, ce sera 18 fois 45 minutes non renouvelables pour la fibromyalgie. Vous dites que 18 séances, voire plus, pourront être ajoutées. Mais vous savez aussi bien que moi que cela devra être justifié sur la base d'une autre pathologie (arthrose ou douleurs lombaires).

13.15 Maggie De Block, ministre: Non.

13.16 Catherine Fonck (cdH): Si, c'est écrit noir sur blanc.

Mais il y a des personnes qui souffrent de fibromyalgie qui ne souffrent pas nécessairement d'une autre pathologie pouvant justifier qu'elles puissent bénéficier de séances supplémentaires. Cela veut dire que cela va poser problème pour un certain nombre de patients.

Par ailleurs, il est question de soi-disant 40 traitements de kiné par an pour les patients atteints de fibromyalgie. Il s'agit ici d'une moyenne. Autrement dit, certains ont besoin de bénéficier de moins de séances, mais beaucoup d'autres ont besoin de bien plus de séances par an. Comme dans toutes les moyennes, le chiffre avancé n'est pas révélateur de la réalité individuelle de tous les patients.

Enfin, vous dites que cela sera mieux, qu'ils auront peut-être plus. Mais, madame la ministre, vous faites une économie budgétaire. L'équation mathématique est connue. On ne va pas nous faire croire que les patients auront plus, alors que vous faites des économies au niveau du budget de la santé.

Je vous demande de ne plus leurrer les patients concernés qui souffrent de cette maladie au quotidien. Les médecins et les kinés qui se sont manifestés sont très clairs à ce sujet. Vous savez également que l'Union générale des Kinés de Belgique accompagne l'association FOCUS Fibromyalgie Belgique qui a déposé un recours au Conseil d'État.

Je ne peux qu'insister auprès de vous. Vous faites des économies à très court terme qui sont des économies de bouts de chandelle et qui demain, coûteront beaucoup plus cher au budget de l'État parce que, privés de kiné, certains de ces patients ne pourront pas continuer leur activité professionnelle.

À titre de comparaison – car il est parfois intéressant de faire un peu de *benchmarking* européen –, en France, les patients qui souffrent de fibromyalgie ont droit à une séance de kiné par jour. Une par jour, madame la ministre! De fait, les décisions qui sont prises font mal!

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

Het is mij al duidelijker. Het feit blijft dat het een besparing is, geen heel grote, maar toch een besparing. Ik hoop dat dit wordt gemonitord op het vlak van re-integratie in het arbeidsleven, zodat dit niet moeilijker wordt.

13.18 Véronique Caprasse (DéFI): Madame la ministre, je reste vraiment sur ma faim. Sur le plan médical, je rejoins mes collègues sur le fait que vos mesures ne vont certainement pas aider les patients à moins souffrir, au contraire.

Sur le plan budgétaire, je vous avais demandé vers quels autres traitements de kinésithérapie vos économies allaient être dirigées. Je n'ai pas eu de réponse. Vous me dites que l'UKB n'est pas reconnue. Je trouve très curieux qu'ils ne puissent même pas bénéficier d'une concertation. Ils sont revenus vers nous. Ils sont indignés. Comment expliquez-vous qu'ils puissent quand même se joindre au recours?

De nombreuses questions restent ouvertes. Je suis complètement insatisfaite de la manière dont vous avez considéré cette réforme. C'est scandaleux pour les malades et pour les kinésithérapeutes qui n'ont pas eu l'occasion de s'exprimer.

13.19 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je trouve que, fondamentalement, il y a quelque chose qui ne va pas quand le discours ou les propositions de la ministre de la Santé ne sont pas compris, ou ne correspondent pas à ce qui nous revient du terrain. Des patients nous disent qu'ils sont sur la touche, qu'ils n'auront pas droit aux séances et aux traitements dont ils ont besoin. Des médecins et des kinésithérapeutes disent la même chose.

Il faut vraiment que vous rassembliez ces gens autour de la table une bonne fois pour toutes, qu'ils soient reconnus ou non. Il n'y a pas 42 associations de kinésithérapeutes. Il n'y a pas 50 000 médecins spécialisés dans le traitement de la fibromyalgie. Les patients atteints de fatigue chronique se sentent également concernés, même si c'est une autre problématique. Réunissez-les de manière à ce que les discours, les positions et les décisions soient clairs et compris et que, s'il y a quelque chose à revoir, cela puisse être fait.

Vous parlez de contenu différent des séances de kinésithérapie. Vous dites qu'il y aura du coaching, qu'il leur sera enseigné comment se mobiliser eux-mêmes, qu'il y aura davantage de mobilisation, que pour d'autres il y aura du massage, etc. Je trouve intéressant que les séances de kinésithérapie et l'accompagnement par un kinésithérapeute puissent prendre des dimensions différentes autour de ces patients. Mais là aussi, il est nécessaire que les gens puissent le comprendre et que cela puisse rencontrer les besoins et avoir du sens pour eux.

Dernier élément. Je pense qu'il est important que vous puissiez interagir avec ce que Mme Fonck a dit. Dans votre réponse, vous évoquez les 18 séances de 45 minutes et, puis, s'il y a prescription du médecin généraliste, il y a la possibilité d'avoir des séances supplémentaires de 30 minutes qui seront moins remboursées. Mme Fonck dit qu'à ce moment-là, il faut pouvoir relier cela à une autre pathologie. J'aimerais que vous donniez la réponse au micro que ce n'est pas le cas, pour qu'elle figure au rapport.

13.20 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas le cas. Maintenant, tant pour le chroniqueur syndrome de fatigue (CVS) que la fibromyalgie, cela peut être prescrit par 18 séances, comme toujours.

Dat staat in de gewone terugbetaling. Men kan achttien beurten voor fibromyalgie krijgen. Als men tegelijkertijd ook nog een ander probleem heeft, zoals een sequel van een fractuur of een operatie, dan kan men daarvoor de gewone terugbetaling vragen.

Dat valt nu binnen de gewone terugbetaling en niet meer in die speciale lijst. Het is dus toegankelijker voor de mensen die het nodig hebben. De aanpassing is toen gebeurd omdat men vroeger voor CVS via die referentiecentra moest gaan, waar er nu nog één bereid is om dat te doen in heel het land. De mensen moesten daar naartoe gaan om de aanvraag tot terugbetaling goedgekeurd te krijgen.

Daaraan gaat iedereen voorbij, dat is precies allemaal niets geweest. Dat was toen een probleem en daarom is dat advies gevraagd, voordat ik minister van Volksgezondheid was. Dat advies is er gekomen van de Technische raad voor kinesitherapie binnen onze overlegorganen.

Zij hebben een advies geformuleerd en ik heb dat gevolgd. Dat is het. Ik neem daarvoor de verantwoordelijkheid. Ik heb dat gefundeerd advies gevolgd.

13.21 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, les séances supplémentaires seront, selon votre communiqué de presse, bien accordées sur la base de séances de kiné pour pathologies ordinaires. Il faudra évidemment le justifier.

13.22 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): La fibromyalgie est une pathologie ordinaire qui donne droit à ces séances ordinaires, et qui ne sont pas les dix-huit spéciales, pour le suivi.

13.23 Maggie De Block, ministre: Pour le suivi, oui. Elles ont été retirées d'une liste et remises dans les... En cas de fracture aiguë, la kiné c'est aussi pour cela. Ce n'est pas ordinaire dans le sens "ordinaire".

13.24 Catherine Fonck (cdH): C'est bien pour cela que je le dis. Je rappelle les termes officiels qui sont repris. Il s'agit des séances dites ordinaires. Je rappelle également, madame la ministre, que le remboursement sera différent. Donc cela aura un impact. Je rappelle que dans les règles, les remboursements sont différents. Ne venez donc pas nous dire qu'ils auront au moins autant qu'aujourd'hui, si pas plus. La preuve de cela, c'est que vous faites plusieurs millions d'économies sur ce budget-là. De toute façon, j'ai tous les calculs ici, et je peux vous en faire une grande tartine, avec les modélisations qui ont été faites! Ils auront moins, et cela va leur coûter plus cher.

Par ailleurs, j'attends le volet administratif. Je rappelle que le médecin-conseil a aussi la capacité de s'y opposer. Les choses sont diamétralement différentes par rapport à ce qui existe aujourd'hui, et je le regrette.

Je remercie l'ensemble des collègues qui ont accepté de décaler leur intervention.

La **présidente**: C'est un sujet sur lequel on risque de revenir si l'ensemble des choses n'ont pas été clarifiées dans le cadre de ces questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 15312 de Mme Katrin Jadin est reportée.

14 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le don de sang des groupes sanguins rares" (n° 15319)

14 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "bloeddonatie door mensen met een zeldzame bloedgroep" (nr. 15319)

14.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, votre décision d'ouvrir le don de sang aux homosexuels sous condition d'une abstinence d'un an a été diversement commentée. Cette évolution est un progrès, indéniablement. Les conditions pour pouvoir donner son sang excluent cependant nombre de

personnes homosexuelles séronégatives en relation stable, qui pourraient venir grossir les rangs des donneurs de sang, auxquels il est souvent fait appel pour pallier un manque de poches disponibles.

En effet, dans la population homosexuelle, selon les informations des spécialistes du VIH, seuls 10 % pratiquent un "nomadisme sexuel", ce qui est bien loin de l'image déformée, généralement véhiculée, d'individus assoiffés de sexe et en chasse perpétuelle.

En outre, c'est non pas l'objet de désir qui favorise la transmission du VIH, mais une pratique spécifique qui n'est pas l'apanage exclusif des homosexuels: la sodomie. Elle contamine le partenaire, que ce soit un homme ou une femme qui se fasse pénétrer.

De plus, il n'y a pas que le VIH qui puisse être transmis lors d'un rapport sexuel. Les infections sexuellement transmissibles (les IST) se transmettent de la même manière quel que soit le type de relation. Le VHC, entre autres, la syphilis aussi, qui a une haute prévalence en Belgique, peut être transmis aux patients transfusés. Or, pour ces pathologies, la balance risques-bénéfices permet le don de sang. Sans doute parce que ces dernières sont, à l'inverse du VIH, curables, bien que pour ce qui concerne le VHC, cette possibilité soit assez récente, surtout avec des résultats probants.

Pourriez-vous nous donner un état des lieux du don de sang des groupes sanguins rares? Les établissements ont-ils suffisamment à disposition ces outils nécessaires à la survie des patients porteurs de ces groupes et rhésus rares? Comment les services de soins doivent-ils agir en cas de pénurie? Compte tenu d'un besoin vital de sang rare dans certains cas, n'y a-t-il pas nécessité à agir selon le même principe de risques-bénéfices vis-à-vis de donneurs de sang ayant ces groupes et rhésus rares? N'est-ce pas ce qui est déjà pratiqué en matière de don d'organes? Avec la mise en œuvre du PrEP, prophylaxie pré- et post-exposition, n'y a-t-il pas moyen, comme cela a été fait pour les femmes enceintes séropositives, d'utiliser un sang rare en se prémunissant de toute contagion au VIH par la prescription de ce traitement?

14.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, les systèmes de groupes sanguins ABO et Rhésus sont les plus fréquents dans la pratique quotidienne de la transfusion. En outre, il existe encore plus de trente autres systèmes de groupes sanguins, dont la répartition est déterminée selon l'origine ethnique. Le besoin en sang d'un groupe sanguin rare est relativement peu courant.

En Belgique, il existe deux cryobanques de sang où des groupes sanguins rares sont congelés et conservés et auxquels les établissements de transfusion sanguine peuvent faire appel. De plus, des conventions internationales ont été signées avec d'autres cryobanques de sang et avec le Registre européen des groupes sanguins rares.

Dans le cadre d'une intervention programmée, il est également souvent opté pour une transfusion autologue dans le cas d'un groupe sanguin rare, parce que c'est plus sûr.

La situation relative à la transplantation d'organes n'est pas comparable à celle des groupes sanguins rares. Le sang peut, en effet, être conservé et congelé, tandis que les donneurs ayant un groupe sanguin rare peuvent être appelés pour donner leur sang. Il n'y a donc pas la moindre raison d'établir des critères moins stricts en termes de sécurité et de qualité pour les groupes sanguins rares - et certainement pas pour des traitements tels que la prophylaxie et la préexposition, en cas de transfusion de sang et de composant sanguin.

Vous avez abordé le nomadisme sexuel. Ce thème a été pris en compte lorsque nous avons décidé d'ouvrir la possibilité de don de sang aux groupes sanguins rares. J'ai dit à ce moment que nous étions prêts à évoluer en fonction des preuves scientifiques. La sécurité est essentielle pour le récepteur. C'est dans ce contexte que nous avons eu un dialogue avec la Croix-Rouge et les centres.

Je suis disposée à évoluer mais pas vers un nomadisme sexuel.

On ne pouvait pas aller plus loin sans essayer de refus sur tout le volet.

14.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je voulais vous remercier, madame la ministre, pour votre réponse.

Je rappelle que j'ai déjà interrogé, en 2007-2008, la ministre de la Santé de l'époque, Mme Laurette Onkelinx, qui n'a jamais voulu progresser dans le domaine du don de sang pour les

homosexuels.

Je vous félicite donc pour avoir franchi une étape que j'estime cependant insuffisante à défaut de faire signer un document par toutes les personnes qui pratiquent du nomadisme sexuel sans être pour autant toutes homosexuelles.

Ceci pourrait être la solution au problème, mais je suis déjà satisfait de la réponse plus précise que vous avez donnée à ma question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide aux usagers de drogues par voie intraveineuse" (n° 15320)

15 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hulp aan injecterende druggebruikers" (nr. 15320)

15.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, l'association Modus, après une interruption de deux ans due à un manque de moyens financiers, a remis en place une action proposant un kit Stérifix aux usagers de drogues par voie intraveineuse. Ce kit, disponible dans certaines pharmacies, contient de l'eau, un tampon désinfectant, un filtre, une cuillère. Les pharmaciens y ajoutent les seringues et le proposent à 50 cents aux personnes intéressées.

Il vient en appui à l'action menée dans les comptoirs d'échange de matériel d'injection, à Bruxelles et en Wallonie où entre 300 et 350 000 seringues sont proposées dans le cadre d'une offre personnalisée en fonction des produits et des méthodes de consommation des usagers de drogues.

Ces actions, qui relèvent de la prévention et dépendent donc des ministres de la Santé des Régions et Communautés, se trouvent limitées par le caractère principalement urbain des comptoirs d'échange, mais aussi par les moyens très faibles des acteurs concernés.

Modus a négocié avec l'Association Pharmaceutique Belge (APB) un code-barres accessible à tous les pharmaciens et les grossistes répartiteurs pour qu'ils livrent sans marge les pharmaciens qui commandent le kit. La difficulté est que, si cela facilite la démarche des professionnels, cela ne permet pas de voir quelles pharmacies les délivrent et donc informer les publics visés.

Les usagers de drogues vivant en dehors des grands centres urbains n'ont donc que peu de chances d'accéder à cet outil de prévention des maladies. Ils risquent donc de se contaminer ou de contaminer les autres, ce qui est encore plus grave.

C'est là, madame la ministre, que vos compétences sont rencontrées. Lorsqu'il y a contamination aux IST, au VIH, au VHC, il y a parcours de soins à mettre en place et traitement à délivrer parfois à vie, comme pour le VIH, avec pour corollaire les effets secondaires et arrêts maladie qui en sont la conséquence, les journées de travail non prestées, le coût élevé des traitements à délivrer.

Pour agir plus efficacement et donc réduire encore plus drastiquement le nombre de contaminations, l'association aurait besoin d'avoir la banque de données des pharmacies. Or, celle-ci coûte 5 000 euros, soit le budget annuel de l'action Sterifix.

Madame la ministre, est-il possible à vos services de fournir cette liste à l'association pour qu'elle puisse agir plus efficacement, notamment avec les pharmacies en dehors des grandes villes afin d'offrir la même sécurisation des prises de drogues à tous les consommateurs de ces substances, quel que soit l'endroit où ils vivent? Est-il possible de venir en soutien à cette association pour sensibiliser, ce qui demande du temps, les pharmaciens à cette problématique et à l'action Sterifix, les moyens de Modus ne lui permettant pas de mener à bien cette démarche seule?

Face au manque de moyens qui ne peut que s'accroître avec l'augmentation de la demande, Modus envisage de créer un kit Steribox autofinancé et disponible en pharmacie dans le cadre d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) à proposer en 2017. Leur distribution, également dans des automates comme cela se fait en France depuis plus de vingt ans, permettrait une distribution plus cohérente sur tout le

territoire et une accessibilité quelle que soit l'heure. Cela demande aussi des moyens financiers pour en gérer le parc. Cela permettrait pourtant de compenser l'absence de salles de consommation en Belgique.

Madame la ministre, est-il également possible de faciliter cette tâche à Modus? Autant d'usagers non contaminés, cela fait autant de gens qui ne risqueront pas de contaminer d'autres personnes et donc autant de malades en moins à soigner. Comptez-vous en discuter avec vos collègues régionaux dans le cadre d'une action concertée? Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Flahaux, l'AFMPS est prête à apporter son aide pour faciliter la création du kit Steribox autofinancé et envisagé par Modus. Dans un premier temps, il faudra vérifier sous quel statut il devra être mis sur le marché, à savoir s'il s'agit d'un médicament ou d'un dispositif médical. La détermination du statut dépend du contexte exact du kit. En fonction de celui-ci, les démarches à entreprendre pour l'introduire sur le marché sont différentes et les services adéquats de l'AFMPS orienteront Modus pour que les démarches soient entreprises le plus aisément possible. Il existe déjà une dérogation pour que les seringues et pansements stériles puissent être délivrés hors des pharmacies, dans le cadre du programme d'échange de seringues. En fonction des arguments soutenus par les associations et mes collègues régionaux, cette dérogation pourrait être étendue à la délivrance par des automates.

Une liste des officines pharmaceutiques ouvertes au public est disponible sur la page web de l'AFMPS. L'association en question, Modus, peut bien sûr entrer en contact avec l'AFMPS pour se procurer cette liste et se faire aider.

Ensuite, il faudra prendre des mesures au niveau fédéral. Pour le reste, il y aura des discussions.

15.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Je voulais vous sensibiliser à cette problématique, qui est d'ailleurs mieux gérée du côté néerlandophone que du côté francophone pour l'instant, alors que ses conséquences sont extrêmement lourdes sur la santé.

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

16 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la PrEP et le passage du Truvada en générique" (n° 15324)

16 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PrEP en het uitbrengen van een generieke versie van Truvada" (nr. 15324)

La **présidente**: Des questions avaient déjà été posées à ce sujet, mais peut-être y a-t-il du neuf.

16.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, à la suite de l'essai IPERGAY réalisé en 2012 en France, confirmé par d'autres études internationales, sur la prévention contre le VIH par la prise avant et après tout rapport sexuel à risque d'un antirétroviral spécifique, le Truvada, les projets de prescription de ce traitement se sont multipliés dans plusieurs pays.

En Belgique, notamment, le projet PrEP (prophylaxie pré-exposition) a été lancé, dans le cadre d'une stratégie de réduction des risques sexuels, en direction des personnes séronégatives particulièrement exposées à une sexualité non protégée.

Madame la ministre, pour la mise en œuvre dans des conditions financières acceptables pour les comptes publics, puisqu'il sera remboursé, il était nécessaire que le prix de cette combinaison thérapeutique baisse fortement. Le passage du Truvada en générique dans les semaines à venir vient donc à point nommé. Son prix va être réduit de 60 %, passant de 475 à 190 euros le flacon de trente comprimés, ce qui est encore une somme conséquente et « limitante » dans l'octroi de cet outil de prévention. En Inde, les mêmes génériques sont commercialisés à 50 euros le flacon. Bien évidemment, Giléad est bien en droit de recevoir la juste rétribution du fruit de ses recherches. Cela étant, le propre de la mise en générique est d'attendre une durée respectable pour que les laboratoires pharmaceutiques rentrent dans leurs frais de manière confortable. Le Truvada a été commercialisé en 2004 et représente un revenu annuel de plus de 2 milliards d'euros par an. Le fait de limiter, compte tenu du prix, la prescription à certains publics cibles risque encore de pousser l'acquisition de ces produits sur le net par les personnes hors cohorte.

Madame la ministre, comment pouvez-vous, dans le cadre de votre accord avec l'industrie pharmaceutique,

agir dans le sens d'une baisse drastique du générique du Truvada, d'autant que le Descovy qui est une version renouvelée et moins génératrice d'effets secondaires du Truvada, destiné aux personnes porteuses du VIH, reste commercialisé au prix de 490 euros, ce qui augure encore de très rémunératrices rentrées pour Giléad?

Ce dispositif pré-exposition est mis en oeuvre par d'autres pays européens. N'est-il pas possible, compte tenu de l'effet de masse résultant de cette politique largement appliquée, de négocier avec Giléad en ce sens? Comptez-vous porter cette question au Conseil des ministres européens de la Santé? Envisagez-vous, si le prix de ce traitement baisse fortement, d'en étendre l'accès à un public plus large, afin de limiter davantage encore le nombre de contaminations qui après une baisse régulière, se stabilise et ne décroît malheureusement plus?

16.02 Maggie De Block, ministre: Pour le Truvada déjà remboursé pour les patients séropositifs en association avec un autre anti-rétroviral, une procédure est en cours au niveau de la commission de remboursement des médicaments, en vue d'une extension des remboursements à la prophylaxie pré-exposition pour les personnes ayant des comportements à haut risque de contamination par le VIH.

L'évaluation scientifique est terminée pour le moment. La question du prix devra être discutée dans les jours qui viennent. Il est vrai que le brevet du médicament arrive à échéance et que des génériques pourront être admis sur le marché à partir du mois d'octobre 2017. C'est pourquoi on poursuit les négociations. Mais mes services ont constaté qu'il est également possible de commander sur Internet l'association fixe de deux médicaments: Emtricitabine et Tenofovir disoproxil pour moins de 50 euros par mois, frais de livraison compris.

Ces éléments seront, bien entendu, pris en compte dans les discussions concernant le prix proposé et les conditions et modalités de remboursement. De plus amples informations seront donc disponibles dès la fin de la procédure, c'est-à-dire la discussion sur le prix. On va aussi tenir compte du fait que, dès le mois d'octobre, quelques génériques arriveront sur le marché. Le prix devra diminuer fortement.

La décision principale de remboursement a été prise. Mais le prix est encore en négociation. C'est quand même important

16.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je vous remercie pour les avancées obtenues et, plus généralement, je voudrais vous féliciter pour le grand élargissement de l'accès aux médicaments génériques que vous avez déjà pu obtenir et qui contribue à alléger le budget de beaucoup de ménages.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 15329 de Mme Jadin est reportée.

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het online registreren als orgaandonor" (nr. 15355)

- mevrouw Julie Fernandez Fernandez aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de modaliteiten voor de registratie als orgaandonor" (nr. 15966)

- mevrouw Veerle Heeren aan de vice-eersteminister en minister van Ontwikkelingssamenwerking, Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post over "de digitalisering van de registratie van orgaandonoren" (nr. 15983)

17 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement en ligne en tant que donneur d'organes" (n° 15355)

- Mme Julie Fernandez Fernandez à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités d'enregistrement comme donneur d'organes" (n° 15966)

- Mme Veerle Heeren au vice-premier ministre et ministre de la Coopération au développement, de l'Agenda numérique, des Télécommunications et de la Poste, sur "la numérisation des registres de donneurs d'organes" (n° 15983)

Mevrouw Veerle Heeren is afwezig.

17.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de registratie als orgaandonor zou sinds 2011 heel wat eenvoudiger moeten zijn, omdat toen onder impuls van uw partijgenoot Vincent Van Quickenborne hierover een akkoord werd bereikt met toenmalig minister van Volksgezondheid Onkelinx.

Vijf jaar later blijkt dat het nog steeds niet zo eenvoudig is. Men moet nog altijd een formulier invullen en dat laten registreren bij de gemeente. Het is een nogal ingewikkelde procedure. De gemeente stuurt het formulier dan door naar het Rijksregister enzovoort.

Wij hebben hierover vragen van burgers gekregen en het lukt inderdaad niet online, terwijl u toch heel sterk inzet op eHealth. Vandaar mijn vragen.

Hoe komt het dat er nog geen eenvoudige onlinetool is? Indien er toch zo'n tool komt – dat is toch de bedoeling en daar staat u ook achter – wanneer mogen wij die dan verwachten?

Kunt u mij ook cijfers geven van het aantal geregistreerde orgaandonoren dat instemt en het aantal mensen dat verzet aantekent tegen orgaandonatie?

17.02 Julie Fernandez Fernandez (PS): Madame la présidente, madame la ministre, les campagnes de sensibilisation au don d'organes se multiplient et je m'en réjouis. À Liège, une campagne a été menée, il y a quelques mois, par le CHU, en collaboration avec la Ville et la Province.

Hier encore, une campagne de sensibilisation a été organisée dans cette ville.

Nous savons que les citoyens sont confrontés à des difficultés pour s'inscrire comme donneurs. Il y a le manque d'informations contré cependant par les campagnes de sensibilisation, mais ils doivent se soumettre à cette démarche administrative qui peut être lourde pour la tranche active de la population vu la difficulté d'accès dans certaines administrations après les heures de bureau.

D'autre part, de plus en plus de communes disposent maintenant de guichets électroniques pour la commande de documents.

J'ai pu lire, dans différentes notes de politique générale, de nombreuses interventions en faveur d'une modernisation des procédures de démarches administratives en ligne par le biais d'une authentification sécurisée.

Bien que certains arguments pointent le rôle d'identification et d'authentification par l'agent assermenté et la sensibilité des données médicales, j'ai tendance à penser qu'une authentification en ligne par carte d'identité (qui permet de vérifier l'identité d'une personne) et par *login* serait suffisante pour manifester sa volonté comme donneur d'organes quand il est envisagé par le gouvernement de pouvoir commander une carte d'identité en ligne.

Par ailleurs, aujourd'hui, en matière de santé, il est déjà possible d'effectuer toute une série de démarches en ligne via une authentification sécurisée.

Madame la ministre, quelle est votre position sur le sujet?

J'ai ainsi interpellé en commission il y a quelques jours, le ministre de l'Intérieur qui m'a renvoyé vers vous.

Seriez-vous disposée à inviter toutes les communes à permettre aux citoyens d'effectuer leur inscription comme donneur d'organes via les guichets électroniques, ce qui correspond à une demande forte des différentes associations qui sensibilisent à cette problématique?

Pourriez-vous envisager une modification de la législation dans ce sens?

17.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, inzake orgaandonatie na overlijden kennen wij het zogenaamde opting-outprincipe. De wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen bepaalt in hoofdstuk III de precieze modaliteiten.

Het algemeen principe is dat organen bestemd voor transplantatie na het overlijden mogen worden weggenomen, behalve indien vaststaat dat tegen een dergelijke wegneming verzet is geuit. De arts die de

wegneming van het orgaan overweegt, moet zich krachtens de wet informeren over een mogelijk verzet, dat door de potentiële donor is uitgedrukt.

Chacun peut recourir à n'importe quel mode d'expression pour faire valoir son opposition pour autant qu'elle soit communiquée au médecin par une lettre, confidence à un proche, testament,... Toutefois le législateur a organisé une procédure facultative d'enregistrement de la position vis-à-vis d'un prélèvement *post mortem* afin de faciliter l'information des médecins de l'existence de telles positions.

Malgré notre système d'*opting-out*, toute personne peut exprimer sa volonté expresse d'être candidat donneur pour le décès ou bien son opposition explicite. Cette déclaration permet de soulager les proches d'une personne décédée qui ne doivent plus se demander si le défunt avait exprimé une opposition de son vivant selon un autre mode que celui organisé par le législateur, ni se charger de rapporter cette information au médecin.

Ainsi la volonté concernant le don d'organe peut être exprimée officiellement pour ou contre en remplissant un formulaire à la commune mais, à défaut, tout citoyen inscrit au registre de la population ou au registre des Étrangers depuis 6 mois est candidat donneur.

Het is juist dat van de betrokkenen die zich, enerzijds, expliciet willen registreren als post-mortemorgaandonor of, anderzijds, zich ertegen willen verzetten, een administratieve inspanning wordt verwacht die met de huidige technologie eenvoudiger moet kunnen worden gemaakt.

Er is al een voorstel geformuleerd door mevrouw Fernandez-Fernandez om met de identiteitskaart te werken. Het is op dit moment zo dat de ambtenaar van de burgerlijke stand de identiteit van de betrokkene dient te controleren.

Er moet absoluut vermeden worden dat de registratie tot stand komt onder druk, bijvoorbeeld dat men door huisgenoten zou worden geregistreerd of door een echtgenoot die in de plaats van zijn echtgenote beslist dat zij niet in aanmerking komt of juist wel als post-mortemdonor. Daar moeten nog zaken uitgeklaard worden, maar de kaartlezers gaan er ook op vooruit, ze worden meer en meer traceerbaar, geïndividualiseerd enzovoort.

Op dit moment bekijkt de beleidscel de mogelijke pistes om die registratie gemakkelijker te maken. Er zal daarover ook nog verder overleg plaatsvinden.

Enfin, par rapport aux déclarations enregistrées, ...

Op 6 februari 2017 waren 247 748, dus bijna 250 000 mensen, als orgaandonor geregistreerd.

190 995 personnes ayant fait enregistrer une opposition. Le nombre de personnes qui se font enregistrer comme donneurs ne cesse donc d'augmenter. C'est une bonne nouvelle. On note également des efforts entrepris par Beldonor, entre autres, via des campagnes de sensibilisation mais aussi, des initiatives dans le chef des communes, des initiatives locales. À cet égard, on peut se réjouir qu'il y ait une sensibilisation à destination du public.

Het is eigenlijk een *opting-outsysteem*, dus zelfs als men niet is geregistreerd. Vermits het *post mortem* is, wordt het aan de familie gevraagd en is het moeilijk om te weten of iemand daar voor of tegen was.

Samen met Beldonor raden wij aan om het toch te laten registreren. Als er een sensibiliserende actie is geweest, zoals mevrouw Fernandez-Fernandez zegt, heeft dat resultaat en gaan mensen daarop in.

Comme c'est le cas pour toutes les actions de sensibilisation, il faut toujours les répéter.

Par ailleurs, quand les médias font état du fait qu'on a sauvé une vie grâce à une greffe, nombreux sont ceux qui se disent qu'ils doivent se faire enregistrer.

Moi, je l'ai fait. Mon mari dit depuis longtemps qu'il va le faire aussi. Comme je suis presque sûre que je vais lui survivre, je le sais. (*Rires*)

La **présidente**: C'est l'avantage que nous avons, c'est que nous savons ça. Nous l'écrirons dans le rapport.

17.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dankzij die goede wijkgezondheidscentra bijvoorbeeld. Dus bedankt voor uw antwoord. Het valt mij op dat het toch nog geen hoog getal is. Ik had gedacht dat een hoger aantal mensen zich al positief zou hebben geregistreerd. Ik begrijp dat die onlinetool er wel zal komen maar dat dit nog enige tijd nodig heeft. Ik begrijp dat dit nog steeds niet kan.

17.05 Minister Maggie De Block: In principe is iedereen donor; dit geldt voor de volwassenen, niet voor de kinderen. Iedereen is dus donor, maar het gaat over de emoties bij de mensen die overleven. Dan is het moeilijk om te zeggen of iemand voor of tegen was. Men moet het meteen na het overlijden preciseren. Wij raden dus toch aan om zelf die registratie te doen, terwijl men het nog kan. Maar natuurlijk, heel wat mensen zeggen dat het sowieso kan en dat ze het dan wel zullen zeggen. Als de beslissing moet worden genomen, is de familie natuurlijk emotioneel helemaal ondersteboven. Dan houden ze het soms nog tegen. Nu zijn het dus alleen de mensen die stellen "wat mijn familie ook zegt, ik wil dat mijn organen geschonken worden". Die gaan zich nu registreren.

En dan natuurlijk zijn er de opposanten. Dat is ook hun goed recht. Zij zijn nog meer gemotiveerd. Het is echter aan het stijgen.

17.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Maar met een onlinetool gaat u aan een hele generatie jongeren appelleren die nu niet de moeite doen om een dag verlof te nemen om dat document te gaan halen.

17.07 Minister Maggie De Block: Ik vind ook dat we dat systeem moeten moderniseren.

17.08 Julie Fernandez Fernandez (PS): Madame la ministre, je comprends bien la difficulté sauf que je n'arrive pas à comprendre pourquoi il n'y a pas de volonté pour cet enregistrement en ligne. Vous avez donné vous-même l'exemple de votre mari. Peut-être que s'il pouvait le faire de chez lui, il l'aurait déjà fait. C'est bien la preuve que, même chez des personnes sensibilisées comme votre mari, il y a une paresse que je peux tout à fait comprendre, pour effectuer la démarche. Je suis heureuse que vous alliez lui survivre et que si on a besoin de ses organes demain, il puisse sauver des vies, sauf que tout le monde n'est pas aussi résistant que vous et peut-être qu'il y aura des gens qui ne pourront pas témoigner.

Quand on voit aujourd'hui le manque qu'il y a et les listes d'attente pour les donateurs d'organes, je pense que cela vaudrait la peine d'avoir un geste courageux et une dynamique pour permettre le recours à ces nouvelles technologies parce qu'au pire, que pourrait-on risquer? On pourrait risquer de prélever le cœur sur quelqu'un qui, à un moment donné, aurait peut-être été forcé devant son ordinateur à se déclarer comme donneur d'organes. Si je pèse le pour et le contre, je me dis qu'il y a peut-être quelque chose à faire en la matière. J'espère que notre discussion aura fait mûrir votre réflexion à ce sujet.

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

Le **président**: La question n° 15356 de Mme Hufkens est supprimée. Elle ne nous a rien signalé et demandé. Les questions jointes n° 15389 et n° 16194 de Mme Dedry et M. de Lamotte sont reportées, ainsi que les questions n° 15420 et n° 15419 de Mme Fonck. La question n° 15431 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

18 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de herijking van de medische nomenclatuur" (nr. 15378)

18 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la révision de la nomenclature médicale" (n° 15378)

18.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag betreft een heel interessant voorstel van de universiteit van Gent. Het is een voorstel over de principes en methodiek om de oefening van de herijking van de nomenclatuur aan te vatten. Ik sla de principes over. Die staan in de vraag die ik heb ingediend.

Bent u het eens met de voorstellen, bijvoorbeeld voor een betere vergoeding voor niet-technische activiteiten, voor de afstemming van de honoraria op een gemiddeld inkomensniveau, voor een transparantere financiering met drie delen, namelijk een deel voor de inspanningen van de arts, een deel

voor geassocieerde kosten en een deel voor coördinatie en communicatie, voor financiële prikkels voor meer kwaliteit en minder overconsumptie en voor meer transparantie en meer tariefzekerheid voor de patiënt door meer conventioneerings- en minder ereloon-supplementen? Er zit ook een voorstel in voor een forfaitair gedeelte. Daar werden al meerdere voorstellen over gedaan.

Hoe staat u tegenover dat zeer interessante voorstel, dat u mogelijk kan inspireren bij uw plannen?

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, wij hebben uiteraard kennisgenomen van het plan van professor Annemans, gezondheidseconoom aan de Universiteit Gent, die het samen met zijn collega publiceerde in opdracht van het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België.

Er staan daarin inderdaad interessante pistes en suggesties, maar ik zal niet vooruitlopen op de conclusies van de werkgroep die dit jaar nog van start moet gaan en die aanbevelingen moet formuleren die de doelstellingen van het regeerakkoord inzake de herziening van de nomenclatuur moeten realiseren. Het is trouwens ook in het Medicomut-akkoord opgenomen dat deze werkgroep er zou komen. Er zou daartoe een initiatief worden genomen in de loop van 2017.

Het regeerakkoord bepaalt ook dat tarieven op een transparante wijze moeten worden afgestemd op de reële kostprijs van de verstrekking en dat intellectuele prestaties, inzonderheid voor de knelpuntdisciplines, maar ook onderlinge afstemming, overleg en coördinatie bij multidisciplinaire samenwerking beter moeten worden gewaardeerd. Ten slotte moet men bij de herijking prikkels blijven geven voor specialisatie en productiviteit.

Ik meen dat de werkgroep de studie zeker moet meenemen en aan de slag moet gaan. Dat was al afgesproken. In het algemeen, ook bij de ziekenhuishervorming, willen wij dat de kwaliteit meer wordt beloond.

Dat zal een enorm karwei worden. U vraagt of ik ermee akkoord ga om een volledig nieuwe lijst van prestaties op te stellen per discipline. Ik weet het niet, maar zij zullen ter zake een methodiek moeten ontwikkelen. Er zijn ondertussen immers al herijkingen van de nomenclatuur gebeurd, bijvoorbeeld inzake cardiologie, toen het vectorcardiogram is afgeschaft. U herinnert zich nog wel de hele heisa. Dat is echter een enorm werk, zelfs binnen één specialiteit. Indien dat voor de hele nomenclatuur moet worden gedaan, zal een zekere methode moeten worden gehanteerd. Het zal enorm veel werk vergen.

Ik heb vroeger, heel lang geleden, samen met de heer Jo Vandeurzen, in tempore non suspecto, nog een wetsvoorstel ingediend, dat toen ook werd goedgekeurd. Toen hadden wij ook al een gezondheidseconoom in die groep zitten. Het ging om een werkgroep die binnen het RIZIV zou moeten hebben gefunctioneerd. Er werden maatregelen genomen, maar helaas niet vergaand genoeg.

Er zijn echter meer maatregelen getroffen in het kader van de Medicomut-akkoorden voor de herijking van de nomenclatuur, ook inzake de supplementen.

Dit jaar zullen zij uit hun pijp moeten komen om daarmee te beginnen. Het is goed dat de studie van de gezondheidseconomen, professor Annemans en zijn collega wiens naam mij nu ontsnapt, kan worden meegenomen. Een en ander zal nog heel veel overleg en discussie vergen, maar het is noodzakelijk. Het zal echter geen *walk in the park* worden, daarover maak ik mij geen illusies.

18.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u en ik ben dus ook in blijde verwachting.

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

*La réunion publique de commission est levée à 18.04 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.04 uur.*