

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 19 NOVEMBRE 2019

DINSDAG 19 NOVEMBER 2019

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 22 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.22 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 Het budget gezondheidszorg 2020 - Gedachtewisseling met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie en toegevoegde vragen van:

- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De begroting voor de verzekering geneeskundige verzorging 2020" (55001201C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De verwerping van de gezondheidszorgbegroting 2020 door de Algemene Raad van het RIZIV" (55001244C)
- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De begroting 2020 voor de gezondheidszorg" (55001567C)
- Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De gezondheidszorgbegroting 2020" (55001584C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De begroting 2020 voor de gezondheidszorg" (55001629C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het gezondheidszorgbudget" (55001592C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De gezondheidszorgbegroting 2020" (55001631C)

01 Le budget des soins de santé 2020 - Échange de vues avec la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'Asile et la Migration et questions jointes de:

- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget de l'assurance soins de santé 2020" (55001201C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le rejet par le Conseil général de l'INAMI du budget des soins de santé 2020" (55001244C)
- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget 2020 pour les soins de santé" (55001567C)
- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget des soins de santé 2020" (55001584C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget 2020 des soins de santé" (55001629C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget des soins de santé" (55001592C)
- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le budget des soins de santé 2020" (55001631C)

De **voorzitter**: Ik verwelkom de minister en haar medewerkers. We zullen deze vergadering aanvangen met een actualiteitsdebat over het RIZIV. We hebben daarover vorige week mevrouw Christiane Hubin van het RIZIV gehoord alsmede de heer Jean Hermesse van het Nationaal Inter mutualistisch College. We starten onmiddellijk met de vragen.

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de minister, ik zal de vraag van mevrouw Depoorter integreren, omdat het toch een gedachtewisseling is.

In het voorstel van het Verzekeringscomité wordt 182 miljoen euro buiten de begroting gehouden. We vroegen ons af of dat in uw voorstel ook het geval is. Zo ja, op welke manier zal dat worden betaald? Zo neen, op welke gebieden zal dit een impact hebben?

Wij vroegen ons ook af of het de eerste keer is dat het voorstel van het Verzekeringscomité niet door de Algemene Raad wordt aanvaard. Had het kabinet niet al eerder kunnen weten dat er problemen waren? Heeft het kabinet in dat geval een alternatief voorstel aan de Algemene Raad gedaan?

Zal er in uw voorstel ook ruimte voor nieuwe initiatieven zijn? In het voorstel van het Verzekeringscomité zou in 101 miljoen euro worden voorzien. Is dat in uw voorstel ook nog mogelijk?

Hebben de zorgverstrekkers het voorstel van het Verzekeringscomité goedgekeurd? De tandartsen zouden zich hebben onthouden. Werd in uw voorstel rekening gehouden met de bezorgdheden die er zijn in het domein van de mondzorg?

We weten dat in ons land slechts een beperkt deel van het budget voor gezondheidszorg naar mondzorg gaat. Dat zou 3 % bedragen in vergelijking met 5 tot 10 % in de meeste andere Europese landen.

Dat budget wordt geraamd op 1,6 miljard euro, terwijl er maar in 1 miljard euro wordt voorzien. Dat betekent ook dat voor de mondzorg 600 miljoen euro uit eigen zak zal moeten worden betaald, wat natuurlijk ook het probleem met zich meebrengt dat mondzorg moeilijk betaalbaar zal worden en dat er eventueel zelfs sprake zou zijn van een selectieve toegang, met het risico dat het steeds moeilijker zal worden om met de tandheelkundigen een akkoord te maken.

Er wordt ook gewag gemaakt van een besparing van 65 miljoen euro of meer in de farmaceutische sector. Kunt u dat bevestigen? Indien besparingen voor de geneesmiddelensector worden voorgesteld, werd dan ook rekening gehouden met de bezorgdheden over de toegankelijkheid van innovatieve geneesmiddelen? Kunt u bevestigen dat in dit plan het voorschrijven van biosimilaire geneesmiddelen ook zal worden gestimuleerd?

We vroegen ons ook af of een dergelijk voorstel, dat binnenkort aan de ministerraad zal worden voorgelegd, wel kan in een regering in lopende zaken?

De **voorzitter**: Mijnheer Bertels, naar goede gewoonte heb ik eerst de N-VA het woord gegeven, in de volgorde zoals wij die gewoon zijn. Mevrouw Gijbels, u hebt een vraag gesteld van mevrouw Depoorter. Normaal gezien is dat een individuele vraag.

Ik keer terug naar de volgorde van de vragen zoals ze zijn gesteld. De heer Bertels was daarbij de eerste met zijn vraag over de begroting voor de verzekering voor geneeskundige verzorging. We plannen ongeveer een uur voor deze gedachtewisseling, waarna we met de andere vragen vervolgen.

01.02 Jan Bertels (sp.a): Mijnheer de voorzitter, los van alles moet u toch nog eens goed nadenken over wat goede gewoontes zijn, om wat te nuanceren. Ik combineer mijn beide vragen, zodat er zeker geen overlappingsen zouden zijn.

Eerst iets algemener. Iedereen weet dat de Algemene Raad van het RIZIV op 21 oktober het begrotingsvoorstel zoals voorgelegd door het Verzekeringscomité niet unaniem heeft kunnen goedkeuren omdat de regeringsdelegatie zich heeft onthouden. Die heeft zo de begroting van het RIZIV geblokkeerd en dat kan leiden tot chaos, mevrouw de minister, ook al hebt u dat ontkend. Dit kan leiden tot chaos binnen de gezondheidszorgverzekering omdat patiënten en zorgverstrekkers dan vanaf 1 januari niet meer weten met welke tarieven ze kunnen werken. U hebt dat min of meer toegegeven, want u zegt zelf dat dankzij uw begrotingsvoorstel, dat u hopelijk zult toelichten, goede tariefafspraken kunnen worden gemaakt, waardoor chaos kan worden vermeden. Dat is wel een kringredenering omtrent chaos die dreigt of dreigde.

Ten tweede, en dit punt gaat mij ter harte, op 13 november hebben wij in de commissie voor Gezondheid als het ware stoemelings vernomen dat de minister op die dag een interkabinettenwerkgroep zou houden, teneinde een eigen voorstel van begroting voor de gezondheidszorg voor 2020 te agenderen op de ministerraad van vrijdag 22 november. Wij hebben dat gehoord in het kader van de discussie die daar liep. De stakeholders zouden dan worden geïnformeerd, waarover nog discussie is.

Mij stuit het volgende tegen de borst, mijnheer de voorzitter; dat moet absoluut gezegd worden. Als men communiceert aan de stakeholders van de gezondheidszorgverzekering dat ook het Parlement is geïnformeerd, is dat toch een paar passen te ver. Het Parlement heeft te horen gekregen dat er een interkabinettenwerkgroep zou zijn, maar bij mijn weten heeft het Parlement tot op heden nog geen enkel stuk over de inhoud gezien. Dan aan de stakeholders schrijven dat de Parlementsleden werden geïnformeerd, gaat toch wat te ver inzake woordkeuze.

Mevrouw de minister, ik kom tot mijn vragen. Na de interkabinettenwerkgroep van vorige week, is de vraag met wie u over uw voorstel hebt overlegd.

Met wie werd uw voorstel overlegd in de interkabinettenwerkgroep van vorige week? Bestaat er daarvoor een draagvlak bij de actoren van de ziekteverzekering of is er enkel een potentieel voorstel gecommuniceerd? Blijkbaar zijn de documenten ter zake nog niet beschikbaar, noch voor het Parlement noch voor de actoren.

De volgende, algemene vraag heb ik u al eerder gesteld. Gelet op het beperkt democratisch draagvlak dat de ontslagnemende regering heeft in dit Parlement – u weet evengoed als ik dat maar een vierde van de Parlementsleden de regering nog volmondig steunt –, achten de ministerraad en uzelf het niet raadzaam om het Parlement niet alleen te informeren, maar ook te kennen voor u een dergelijke zwaarwichtige beslissing neemt over meer dan 27 miljard euro?

Ik kom tot de inhoudelijke opmerkingen. Ik neem aan dat u een toelichting zult geven over de verschilpunten tussen het voorstel dat u aan de ministerraad zult voorleggen en het breedgedragen voorstel van het Verzekeringscomité?

Uit de echo's die wij van op het terrein opvangen, lijkt het dat er daarin niet onbelangrijke verschilpunten zitten. Zo zijn blijkbaar alle nieuwe initiatieven ten voordele van de patiënten – obesitaspatiënten, kinderpsychiatrie – weggevallen. Kunt u dat bevestigen?

Kunt u ook een toelichting geven – het mag best technisch worden – met betrekking tot de ESR-neutraliteit, die u nu voor bepaalde uitgaven toch hebt aanvaard? Eerst argumenteerde u bij het Verzekeringscomité dat een aantal uitgaven die zij meetellen voor u niet ESR-neutraal zijn en nu heeft u een aantal elementen met betrekking tot exogene factoren blijkbaar zelf ESR-neutraal gemaakt.

Ik krijg vanuit de ziekenhuiswereld heel veel ongeruste reacties omdat u gewoon een bedrag geschat hebt in vergelijking met wat in het voorstel van het Verzekeringscomité stond. Zo hebt u een bedrag met betrekking tot de provisie voor gerechtelijke maatregelen verminderd. Ik ga af op wat wij van het terrein horen, aangezien wij niet over de teksten beschikken. Wie zal dat in de toekomst ter harte nemen?

Mevrouw de minister, ik heb nog een algemene vraag.

Er was ook een koepeltekst, die wij wel hebben, van de stakeholders van het Verzekeringscomité, ook over het transversaal karakter van de begroting. Er moest meer transversaliteit zijn, die van de partiële begrotingsdoelstellingen afwijkt. Daarvoor moet de wet echter nog worden aangepast.

Behoudt u de koepeltekst over het transversaal karakter en over het wegnemen van meerdere schotten tussen de partiële begrotingsdoelstellingen in de globale begrotingsdoelstelling van het RIZIV?

Dat waren mijn vragen. Andere bemerkingen volgen, naar ik hoop, nog wel in het debat.

De **voorzitter**: Mijnheer Bertels, indien ik het goed heb, hebt u aldus uw beide vragen samen gesteld, wat heel goed is.

01.03 Eliane Tillieux (PS): Monsieur le président, madame la ministre, je vous ai déjà interpellée en séance plénière à propos de ce budget, la semaine dernière. J'avais rappelé votre conception de la concertation que je ne partage pas. J'avais rappelé aussi la proposition équilibrée du Comité de l'assurance et la quasi-unanimité que portait la proposition. Je vous disais enfin qu'il était de temps de se tourner vers l'avenir et de porter des solutions.

À l'époque, vous aviez contesté le budget proposé en arguant qu'il ne proposait pas assez de mesures en

faveur des patients. Il semble que, vu les marges extrêmement étroites dont le Comité disposait, des mesures étaient bel et bien prévues en ce sens, notamment dans les soins dentaires, pour les malades chroniques, pour les prothèses auditives, pour l'amélioration des gardes médicales.

Vous vous interrogiez aussi sur le rendement des mesures décidées. Les mêmes questions de rendement vont maintenant se poser dans le cadre du budget que vous allez nous présenter, d'autant que de nouvelles estimations concernant les dépenses ont été prises en compte lors de la conception du budget par vous-même et que la transmission de ces informations au Comité de l'assurance aurait sans doute permis d'envisager le budget sous une tout autre perspective.

On parle ici d'un désaccord sur 100 millions d'euros. Il est vrai que cela peut paraître beaucoup mais il s'agit d'un budget de plus de 27 milliards d'euros avec une contribution dans les deux cas de l'industrie pharmaceutique, avec l'octroi de la masse d'indexation pour les prestataires. Pourquoi ne pas avoir opté pour l'apaisement de la situation en faisant primer la concertation?

Vous avez confirmé – et c'est très bien – qu'on allait mettre en œuvre le texte voté en mars, relatif à l'élargissement du remboursement de la contraception. Madame la ministre, quelles seront les prochaines étapes?

Pour l'année 2019, le dépassement de l'objectif budgétaire des spécialités pharmaceutiques atteint 162 millions d'euros. Je ne reviendrai pas sur l'augmentation flagrante du dépassement budgétaire au cours des dernières années. Il est prévu une contribution spécifique du secteur pharmaceutique. Des accords ont-ils déjà été conclus? Qu'en est-il d'une plus grande responsabilisation de ce secteur pharmaceutique? Les économies semblent surtout porter sur les anciens médicaments et sur les médicaments génériques, alors que le gros du dépassement vient surtout des médicaments innovants. Nous en avons suffisamment parlé ce matin, lors des auditions sur la difficulté posée par les médicaments innovants et leur coût.

Dans le cadre de la proposition du Comité de l'assurance, un appel unanime en faveur du relèvement de la norme de croissance légale et d'un cadre budgétaire pluriannuel stable a été lancé. Il y est indiqué que les économies réalisées ont eu et ont encore des effets indirects sur le modèle d'accord et de convention, tout en menant à une sécurité tarifaire qui apparaît fragilisée. Il y est ainsi relevé l'augmentation inquiétante du nombre de dentistes et de kinésithérapeutes non conventionnés et les conséquences en termes de suppléments d'honoraires facturés aux patients, ainsi que la forte augmentation des suppléments d'honoraires facturés. Il y est précisé que ces économies pèsent également sur le personnel de soins, qui est pourtant au service du patient, et donc sur la qualité des soins.

Madame la ministre, estimez-vous nécessaire de revoir à l'avenir ces paramètres?

On peut s'attendre à des difficultés avec les prestataires. Je pense par exemple aux dentistes et aux kinésithérapeutes où des demandes étaient rencontrées dans la proposition, laissant plus de chances aux négociations d'aboutir en matière tarifaire notamment. Ne risque-t-on pas, madame la ministre, de voir encore augmenter le nombre de déconventionnements?

Enfin, selon les estimations du Comité de monitoring, le maintien de la norme de croissance d'1,5 % impliquerait des économies supplémentaires à hauteur de plus de deux milliards d'euros à l'horizon 2024. Notre système de soins de santé pourrait-il réellement résister? Jean Hermesse, que nous avons entendu en audition la semaine dernière, expliquait que 22 % du coût total des soins de santé étaient aujourd'hui à charge des patients, soit neuf dixièmes de milliard. Il disait par ailleurs qu'une grande part de la population disposait d'une assurance complémentaire et qu'en conséquence, on assistait à une privatisation larvée de nos soins de santé. Qu'en pensez-vous?

01.04 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, en audition, le mardi 12 novembre, nous avons appris *en stoemelings*, comme disait M. Bertels, que votre cabinet présenterait vendredi votre projet de budget des soins de santé pour 2020.

Qu'est-ce qui change fondamentalement entre votre proposition et la proposition du Comité de l'assurance qui a été concertée avec les acteurs du secteur? Qu'est-ce qui a justifié, concrètement, dans votre chef, le rejet de leur proposition?

Nous n'avons pas eu d'autres détails de votre proposition de budget mais nous avons pu lire dans la presse

que votre projet de budget est en équilibre. Celui du Comité de l'assurance aussi. Vous proposez des économies sur le pharma. Le budget proposé par le Comité de l'assurance aussi.

Vous avez donc refusé, sans possibilité de négocier, un budget qui est le fruit d'une concertation et dans laquelle vous êtes partie prenante: votre chef de cabinet est toujours présent et le Comité se réunit deux fois par mois.

C'est donc un désaccord de 100 millions sur 27 milliards, soit 0,37 % du budget. Vous avez communiqué au Comité de l'assurance des nouvelles estimations de dépenses qui permettent d'équilibrer ce budget. Pourquoi ces informations ne pouvaient-elles pas être communiquées plus tôt, puisqu'elles étaient à ce point essentielles? Cela aurait permis de conserver un climat serein, un climat de confiance dont ce pays a tant besoin.

Ma question est très simple: pourquoi n'avez-vous pas communiqué ces informations au Comité de l'assurance avant? Merci pour vos réponses.

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le président, madame la ministre, je ne répéterai pas l'entièreté de ma question, qui rejoint grosso modo les questions de mes collègues.

La première question que nous voulons tous poser à la ministre porte sur la méthode. Le Comité de l'assurance de l'INAMI était unanime et ils étaient prêts à discuter. Pour quelle raison n'y avez-vous pas continué le dialogue, alors qu'aujourd'hui le gouvernement en affaires courantes a une assise de plus en plus restreinte et que cela aurait pu contribuer à la stabilité de notre pays?

Deuxièmement, pouvez-vous expliciter, sur le fond, les différences entre les deux propositions qui restent très vagues jusqu'ici, puisque nous n'avons que des bribes de réponse, que ce soit dans la presse, en plénière ou via les différents interlocuteurs qui essaient d'y voir clair.

En ce qui concerne le secteur pharmaceutique, j'ai entendu parler à deux reprises, dans les deux propositions, de 161 millions, mais dans la proposition actuelle j'ai entendu un chiffre de 120 millions qui serait retenu à titre d'économie. Pouvez-vous nous expliquer clairement les différences ou s'agit-il de la même chose?

Au niveau des nouvelles initiatives, les 101 millions prévus dans la proposition qui avait été faite concernant notamment la revalidation, la logopédie, les extractions dentaires etc., sont-ils prévus dans votre proposition? Merci pour vos réponses.

01.06 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, je vous avais déjà interrogée la semaine dernière. Il est évidemment extrêmement important d'avoir un accord, cela permet aussi que demain il y ait une négociation des accords et des conventions, ce qui est un enjeu majeur. Il faut donc que nous soyons attentifs, afin de permettre la meilleure sécurité tarifaire pour les patients. C'était le côté positif.

Par contre, j'ai déjà regretté la semaine dernière que vous ayez décidé de bloquer le budget décidé au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI: cela m'interpelle et je me demande pourquoi.

D'abord, parce que vous avez retrouvé, par la magie de chiffres...

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

01.08 **Catherine Fonck** (cdH): Oui, mais les jours ont passé. Depuis lors, madame la ministre, j'ai quand même des informations.

01.09 **Maggie De Block**, ministre: Vous le faites à ma place. D'accord.

01.10 **Catherine Fonck** (cdH): Non, je vais aborder des questions très précises.

Le **président**: Je propose que Mme Fonck continue de poser sa question. Madame De Block, vous pourrez ensuite dire si elle a donné la bonne réponse ou pas.

01.11 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, ce n'était pas la question, c'était la réponse.

Le **président**: Vous direz si c'est la bonne réponse ou pas par après.

01.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, il est normal que nous actualisions. Madame la ministre, ce n'est pas un exercice de lecture. Ce sont des débats. À un moment donné, il faut assumer les débats sur le plan politique. Depuis lors, de l'eau a coulé sous les ponts et des informations me sont parvenues.

Vous avez clairement donné au Comité de l'assurance des estimations de dépenses et de recettes qui n'étaient pas correctes, alors qu'eux-mêmes vous avaient interpellée précédemment pour vous signaler des problèmes. Vous avez dit que non, que c'était correct, qu'il s'agissait d'enveloppes macro, etc.

Le fait est que maintenant que vous avez bloqué le budget au Comité de l'assurance, vous avez modifié les recettes et les dépenses. Vous avez donc récupéré une enveloppe de 250 millions d'euros. Rien que cela, ce n'est pas sérieux. Cela montre clairement que vous avez voulu saboter le travail des acteurs de la santé au sein du Comité de l'assurance.

Madame la ministre, je le regrette. À mon avis, c'est une posture qui vous intéresse. Si je suis un peu dure aujourd'hui, c'est qu'en plus, vous avez accusé les acteurs de la santé au sein du Comité de l'assurance. Vous leur avez dit – vous vous êtes répandue dans la presse – que vous aviez bloqué le budget parce qu'il n'y avait pas assez d'avancées pour les patients.

C'est choquant. Maintenant, j'ai les chiffres sous les yeux, avec la ventilation, et je sais ce que vous allez vraiment faire, en comparaison avec ce qu'ils avaient proposé. Franchement, rien n'avait été réalisé contre le patient. Par contre, vous faites un recul (il faut appeler un chat un chat) sur l'accessibilité des soins dentaires, sur le remboursement des prothèses auditives pour les enfants, sur des retardateurs de croissance, pour les malvoyants, sur l'accessibilité pour les patients atteints d'épilepsie réfractaire et pour les patients nécessitant une greffe de rein, sur les remboursements de l'alimentation par sonde entérale à domicile, sur la continuité des soins pour les enfants obèses et les enfants ayant un problème de santé mentale, sur des remboursements supplémentaires de l'orthophonie après une rééducation multidisciplinaire pour des patients chroniques ou encore sur des volets de l'optimisation des résultats du traitement auprès du pharmacien.

J'ajoute un point supplémentaire: vous avez décidé, là où tous les acteurs de la santé avaient avancé également sur une économie dans le secteur pharmaceutique ... Par ailleurs, faut-il rappeler que, ces dernières années, vous avez imposé des économies et que tous les acteurs de la santé ont été responsabilisés et ont respecté cela, sauf le secteur pharma? Ce sont dès lors tous les autres acteurs de la santé qui ont dû compenser le secteur pharma. Là-dessus, vous diminuez les économies imposées au secteur pharma et vous modifiez le type d'économie, puisque vous touchez maintenant les médicaments non brevetés, à l'inverse de la réalité de l'évolution des prix dans le secteur pharmaceutique et surtout de l'évolution du budget pharmaceutique de ces dernières années.

Madame la ministre, je n'ai effectivement pas de question car, depuis le dépôt de ma question, le temps a coulé et j'ai entre-temps obtenu les informations. Toutefois, vous auriez mieux fait de donner les bons chiffres au Comité de l'assurance, de travailler avec lui et de trouver un accord avec lui plutôt que de faire ce coût d'éclat, qui, pour moi, est un pur coup d'éclat médiatique. Vous mettez ainsi à mal la confiance et le travail réalisé par les acteurs de la santé. Or, ce qui importe dans cette matière, c'est qu'il y ait d'abord et avant tout un accord, un équilibre trouvé par les acteurs de la santé, donc par le biais de la concertation. Vous avez non seulement mis à mal la concertation avec les acteurs de la santé mais, en sus, les accusations que vous avez portées sur eux sont lourdes et particulièrement injustes au vu des résultats in fine de ce budget.

01.13 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, graag wil ik mij bij de vragen aansluiten namens de CD&V-fractie.

Mevrouw de minister, uw voorstel ligt in de lijn van het voorstel van het Verzekeringscomité van 7 oktober. Daarom vraag ik mij af waarom u uw voorstel niet op een eerdere vergadering van de Algemene Raad, namelijk op 21 oktober, hebt voorgelegd.

U lichtte uw voorstel toe in afzonderlijke groepen, maar niet aan alle leden van het Verzekeringscomité. Ook

later in die week bereikte ons de informatie dat de leden het voorstel niet op papier hadden gekregen. Mevrouw de minister, waarom is er niet meer transparantie over dat begrotingsvoorstel?

Het begrotingsvoorstel bevat geen middelen voor nieuwe initiatieven of voor een betere vergoeding van sommige zorgverstrekkers. Hoe staat u tegenover de problematiek van de lage conventioneringsgraad bij de tandartsen en de hoge supplementen? Welke suggesties of oplossingen formuleert u in dat verband?

Tot slot, hoe reageert u op de vragen van de kinesitherapeuten voor een betere vergoeding?

01.14 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, dames en heren, het klopt dat de regering kennisgenomen heeft van het advies van het Verzekeringscomité om te komen tot een begroting voor de gezondheidszorg voor 2020. De Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV heeft het advies van het Verzekeringscomité bestudeerd en geanalyseerd naar de wettelijke en budgettaire conformiteit, wat de regering eveneens ter harte heeft genomen. De regering kwam tot het besluit dat het zowel inhoudelijk, budgettair als wettelijk beter moest.

Ten eerste zou het volgen van het advies van het Verzekeringscomité betekenen dat het tekort op de begroting sterk zou groeien.

De regering had ook enkele wettelijke bezorgdheden, eveneens vermeld in het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV. Wij konden niet zomaar aanvaarden dat een factuur van meer dan 300 miljoen euro zonder meer zou worden doorgeschoven naar de overheid en de sociale zekerheid, zonder rekening te houden met het feit dat wel degelijk verondersteld wordt dat dit bedrag gefinancierd wordt. Met andere woorden, dat bedrag werd doorgeschoven naar volgend jaar, naar de algemene middelen of naar het globaal beheer, naargelang wie het geld ervoor zou vinden.

Zo was er het niet-handhaven van de door de Algemene Raad vastgestelde structurele blokkering, terwijl het Verzekeringscomité niet de bevoegdheid heeft om die zomaar op te heffen. Het voorstel voorzag niet in de financiering van het opheffen van de structurele blokkering. Zelfs als het die zou kunnen opheffen, dan moet er bij de opheffing een financiering tegenover staan, zo niet is dat niet ESR-neutraal en verhoogt dit onze schuld. Dit ging toch ook weer over enkele tientallen miljoenen.

Het Verzekeringscomité stelde eveneens voor om het begrotingsobjectief te verhogen met de uitgaven voor de provisies voor de beroepen, aangetekend door bepaalde ziekenhuizen en ziekenhuiskoepels, zonder daar weer enige financiering tegenover te stellen. Bovendien was er door het Verzekeringscomité ook een dubbeltelling, waarvan we aannemen dat het een accident de parcours was, van 50 miljoen euro bij de ziekenhuizen. Er werd namelijk geen rekening gehouden met een structurele, technische correctie op de provisies. Per definitie stak er dus nog eens een tekort van 50 miljoen in dat begrotingsvoorstel.

Ten tweede was het voorstel ook weinig solide. Verscheidene maatregelen waren niet uitgewerkt.

Par exemple, ils proposent 57 millions d'économies pour les hôpitaux mais les mesures ne sont pas du tout développées. D'autres étaient très optimistes quant à l'entrée en vigueur: pour réaliser une mesure d'économies proposée à 95 millions sur l'industrie pharmaceutique, des modifications législatives sont nécessaires avant le 1^{er} janvier 2020.

Het gaat om de partiële doelstellingen die zouden moeten worden gewijzigd. Dat moet op 1 januari in voege zijn, anders kan het niet doorgaan. Daar zaten we dus ook nog eens met 95 miljoen euro op een tijdpad dat *pratiquement impossible* was.

Ce timing était pratiquement impossible. Au lieu de 95 millions d'euros, cette mesure risque de ne rien rapporter – certainement en 2020 – alors qu'elle représente plus de deux tiers du paquet d'économies totales.

Il va sans dire que cette incertitude budgétaire remet également en question les investissements dans de nouvelles politiques.

Comment avons-nous l'intention de financer cette nouvelle politique si les mesures censées générer de l'argent ne le font pas ou pas suffisamment?

Het ging met andere woorden over een virtueel budget van 101 miljoen euro waar geen financiering of besparing tegenover stond. Het was dus echt een budget dat waarschijnlijk niet zou kunnen worden opgenomen.

Ik wil dus het risico niet nemen dat alle gemaakte en doorgeschoven putten in 2020 door de nieuwe regering zouden worden bijgestuurd en op die manier de patiënt schade zouden berokkenen. Die putten zouden immers hoe dan ook moeten worden betaald.

Wat er voor de patiënt in was opgenomen, was voor mij inderdaad niet genoeg. In het voorstel kwam amper 19 miljoen euro van de voorgestelde virtuele niet-gedekte enveloppe van 101 miljoen euro voor nieuw beleid en investeringen ten goede van de patiënt onder de vorm van nieuwe of bijkomende zorg, wat veel te weinig is.

Bekijken wij in die optiek even de maatregelen.

Madame Fonck, vous parliez de l'amélioration des soins dentaires, notamment au sujet d'un honoraire plus élevé pour l'extraction de dents.

De tandartsen en de tandzorg zijn er vandaag toch veeleer op gericht de tanden te behouden dan meer terugbetaald te krijgen om ze te laten trekken.

Toen wij keken naar het nieuwe beleid en de investeringen in onze gezondheidszorg die het Verzekeringscomité voorstelde, merkten wij dat zij vooral naar structuren en instellingen zouden gaan.

Par exemple, le Comité de l'assurance avait fourni plus de 33 millions d'euros pour l'augmentation de certains honoraires, en plus de l'indexation de 1,95 %. Près de 47 millions d'euros sont destinés aux structures, par exemple les dossiers électroniques dans les hôpitaux, la réforme de l'hospitalisation de jour, le dossier médical électronique global, le *case management*.

Een maatregel die in het Parlement werd goedgekeurd en waarover mevrouw Tillieux vorige week een vraag stelde, betreft de uitbreiding van de terugbetaling van contraceptie voor jongvolwassenen tot de leeftijd van 25 jaar. Die was in het voorstel van het Verzekeringscomité nergens te bespeuren. Daar was nochtans een grote meerderheid voor in het halfroond.

Er waren dus nog vele vraagtekens, onder meer over het meerjarenbudget. Het voorstel meldt dat een overschrijding met 1 % van de partiële doelstellingen mogelijk is en niet gecompenseerd hoeft te worden indien de compensatie in het volgend jaar gebeurt.

De overschrijding van het gezondheidszorgbudget met 1 % in de partiële doelstellingen betekent echter dat er nog eens 275 miljoen euro kan bijkomen, en dat zonder enige bijsturing. Hoe zal dat gefinancierd worden en wie zal die extra uitgaven ten laste nemen?

Dat zou betekenen dat het te compenseren tekort het volgende jaar fors toeneemt. Het voorstel is eigenlijk te prematuur om nu al toe te passen en moet nog uitgewerkt worden. Het gevaar op een overschrijding zonder enige compensatie ervoor is veel te groot.

Op basis van die analyse en het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en gelet op de budgettaire en wettelijke bezorgdheden, liet het voorstel van het Verzekeringscomité de regeringsdelegatie geen andere keuze dan zich te onthouden. De wet bepaalt dat als de Algemene Raad geen begroting heeft goedgekeurd op de derde maandag van oktober, de ministerraad in de bevoegdheid van de Algemene Raad treedt en de gezondheidszorgbegroting vastlegt.

Op woensdag 13 november is een interkabinettenwerkgroep samengekomen over het voorstel inzake de begroting voor de gezondheidszorg voor 2020.

Er was ondertussen inderdaad overleg geweest met de ziekenhuiskoepels, de verzekeringsinstellingen en de artsensyndicaten. Het thema is ook toegelicht in de vergadering van het Verzekeringscomité, vorige maandag. Van daar werd het verder verspreid.

Ik kan niet vooruitlopen op de beslissing van de ministerraad. Maar de volgende krachtlijnen zijn er: geen

verhoging van het financieringsstelsel voor het globaal beheer of de federale overheid ten opzichte van de cijfers in het rapport van het Monitoringcomité. Dat zijn overigens ook de cijfers in onze weliswaar technische begroting die ingediend werd bij de Europese Commissie.

De groeinorm van 1,5 % wordt integraal toegekend, zonder toepassing van de structurele blokkering. Wij compenseren die structurele blokkering wel, in plaats van het gat groter te maken.

De indexmassa van 1,95 % wordt integraal ter beschikking gesteld voor alle zorgverstrekkers en –instellingen. Dat betekent dat 1,5 % van de wettelijke groeinorm en 1,95 % indexmassa samen de basis vormen voor de tariefakkoorden die in de verschillende overlegorganen, waaronder de medicomut, de dentomut en de kinemut, moeten worden gesloten.

Over de besparingsmaatregelen in de geneesmiddelensector hoor ik hier allerlei bedragen circuleren. In werkelijkheid gaat het om 161 miljoen euro. Ik wil echter nogmaals herinneren aan het feit dat de farmaceutische sector nog eens 65 miljoen euro zal ophoesten, een bedrag dat anders door de patiënt moest worden betaald. Daar staan geen besparingsmaatregelen tegenover, omdat dat eigenlijk een verlies voor de sector is. Er zijn dus besparingsmaatregelen ten belope van 161 miljoen euro en tegelijkertijd vallen er kosten ten belope van 65 miljoen euro weg voor de patiënt.

Het betreft hier alleszins een structureel bedrag, waarbij wij er wel rekening mee hebben gehouden dat de besparingen mogelijk pas op 1 april zullen kunnen ingaan. We hebben dus enige marge aangehouden, omdat sommige maatregelen nog de wettelijke weg moeten volgen. Die worden verrekend vanaf 1 april, terwijl dat alles vanaf het jaar erna structureel wordt doorgetrokken.

Zoals ik reeds zei, wordt de factuur voor de patiënt verlaagd met 65 miljoen euro. Een deel daarvan slaat op de uitbreiding van de terugbetaling van contraceptie voor de jongvolwassenen. Daarnaast financiert de sector farmaceutische specialiteiten voor 58 miljoen euro. Dat bedrag vloeit dus rechtstreeks naar de portemonnee van de patiënt. In totaal komen we aan een bedrag van 65 miljoen euro.

We verzekeren de financiële middelen voor de uitvoering van de begroting voor geneeskundige verzorging. Als we alles voor de industrie bij elkaar optellen voor een volledig jaar, dan komen we tot een structurele inspanning van 220 miljoen euro per jaar. Dat betekent dat er in het voorliggend voorstel 65 miljoen euro bijkomend aan de patiënt wordt besteed en dat 161 miljoen euro structureel op jaarbasis wordt bespaard op de farmaceutische specialiteiten in de ziekteverzekering. Dat is dus een sluitende begroting, die onze schuld niet zal verhogen.

Zoals gezegd, die maatregelen werden binnen het overlegmodel van de gezondheidszorgverzekering bij de belangrijkste stakeholders afgetoetst. Die krachtlijnen werden ook op het Verzekeringscomité van 18 november voorgelegd.

Nu kom ik tot enkele specifieke vragen.

Mevrouw Gijbels, u vraagt of die 182 miljoen euro buiten de begroting valt. Het antwoord is neen. Het gaat wel over 61 miljoen euro aan compensaties op ontvangsten en uitgaven buiten begrotingsobjectief, maar niet de 121 miljoen euro, want dat bedrag wordt verkregen door de uitgaven te verlagen, aangezien die uitgaven in 2020 niet zullen gebeuren. Dat is een betere en meer correcte budgettaire techniek. Dat werd op die manier in de afgelopen legislatuur nog toegepast, namelijk in 2016 en 2017, en eerder ook al.

Inzake mondzorg zal, indien wij de groeinorm en de index samentellen, binnen de dentomut inderdaad een beslissing genomen moeten worden. Zoals steeds moeten de besprekingen binnen dat overlegorgaan starten.

Mijnheer Bertels, de verschillen tussen ons voorstel en het voorstel van het Verzekeringscomité heb ik toegelicht.

Inzake de ESR-neutraliteit hebben wij alleen het Monitoringcomité gevolgd, met name over die 61 miljoen euro, waarvan het Monitoringcomité zegt dat het over een verschuiving van uitgaven gaat, wat een ESR-neutrale operatie is, die wij om die reden konden gebruiken. Voor het overige blijft de ESR-neutraliteit bewaard.

De provisies voor gerechtelijke maatregelen hebben wij lijn per lijn bekeken. Voor al de rechtszaken waarvoor in 2020 een uitspraak zou kunnen volgen, blijven de provisies bewaard. Provisies voor rechtszaken die in 2020 niet tot een uitspraak kunnen komen, bijvoorbeeld omdat die zaken nog maar net ingeleid zijn, hebben wij niet behouden, aangezien daar ook geen uitgaven tegenover kunnen staan in 2020. Het gegeven dat die provisies doorheen de tijd nogal verhoogd zijn geweest, speelt daarin ook mee.

Het aanpassen van de partiële begrotingsdoelstellingen is een goed idee, dat echter vóór Nieuwjaar niet uitvoerbaar is. Ik heb al aangegeven dat er op dat vlak meteen 95 miljoen euro besparingen bij de farmasector op de schop komen te staan. Wanneer ze er op 1 januari 2020 niet is, kan ze ook niet doorgaan.

U weet dat ik altijd een voorstander ben geweest van de transversale werking en de langetermijnvisie, zoals het wegwerken van de silo's. Wij hebben vaak genoeg met elkaar debatten gehouden.

Dat blijft behouden.

Mijnheer Bertels, wat zegt u?

01.15 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, daarover zijn wij het misschien eens.

01.16 Minister Maggie De Block: Mijnheer Bertels, daarover zijn wij het absoluut eens.

Het is belangrijk dat er een langetermijnvisie op de toekomst van de Belgische gezondheidszorg wordt uitgewerkt. Daartoe zijn op mijn vraag binnen het RIZIV en met betrokkenheid van de stakeholders in 2018 en 2019 al strategische oefeningen gemaakt.

Ook zal er op korte termijn een visienota komen, die aan de beheersorganen van het RIZIV zal worden medegedeeld.

De regering acht het wenselijk dat op basis van die analyses concrete voorstellen met een approach op langere termijn worden geformuleerd, waarin ook aandacht wordt besteed aan een meer transversale aanpak. Dat staat ook in de tekst.

Op dat vlak is dus al veel voorbereidend werk gebeurd. Wij zijn er echter nog niet.

Madame Tillieux, la responsabilité du secteur pharmaceutique est plus grande que dans l'autre proposition. Des mesures ont été élaborées avec la coupole pharma.be et MedAccess. Ces mesures sont concrètes et bien chiffrées, ce qui n'était pas le cas pour l'autre proposition.

Au sujet du montant de 101 euros, j'appelle cela un budgétaire virtuel car il n'y a pas de couverture financière.

La représentante d'Ecolo a demandé pourquoi les estimations techniques étaient arrivées si tard. Il faut suivre la voie légale: les estimations techniques – deuxième session – arrivent la troisième semaine de septembre. Cette voie légale a ses raisons car pour faire la comparaison, il faut prendre la même technique au même moment.

Mevrouw Merckx, de cijfers over de besparingen bij de farma zijn nu wel duidelijk, zo vermoed ik. U sprak van 61 miljoen euro, maar dat is rechtgezet.

Madame Fonck, je vous remercie pour vos questions et pour vos réponses dans le débat. Vous pouvez avoir votre propre raisonnement mais il ne faut pas me faire dire ce que vous voulez.

Ik ben te oud om dat niet op te merken.

Mevrouw Farih had een vraag over de supplementen. Er is bij het RIZIV een werkgroep geïnstalleerd die, samen met de stakeholders, al veel werk heeft verzet om de supplementen naar beneden te halen. Zo schaften wij ze al bij het begin van de legislatuur af voor daghospitalisatie, tweepersoonskamers en in bepaalde gevallen voor eenpersoonskamers. Er is daar inderdaad nog werk aan, maar dat gebeurt niet in een begroting; dat speelt zich af in de coulissen daarvan. Het werk inzake supplementen moet zeker worden

voortgezet, want die jagen de prijs omhoog van wat de patiënt uit eigen middelen moet betalen. Daar zullen we samen strijd tegen moeten blijven voeren. Nogmaals, een oplossing daarvoor kan men niet opnemen in een begroting inzake gezondheidszorg.

01.17 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uiteenzetting, maar ik heb toch enige vragen waarop u hopelijk nog kunt antwoorden.

U noemt als een van de redenen voor de weigering om het voostel van het Verzekeringscomité goed te keuren, de stijging van het tekort op de begroting, ten opzichte van de cijfers van het Monitoringcomité. Kunt u, ten eerste, de vergelijking maken tussen het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité, met inbegrip van de 101 miljoen euro aan nieuwe initiatieven, die ongeveer iedereen terecht vindt, en de nieuwe cijfers die u hebt gebruikt op basis van uw begrotingsvoorstel? Als ik u goed heb begrepen, heb ik u immers horen vertellen dat er nieuwe ramingen zijn van de inkomsten. U hebt een nieuwe raming van inkomsten met betrekking tot artikel 81, het huidige artikel 111. U hebt nieuwe raming met betrekking tot de verzekeringstaks. Zat die verzekeringstaks dan niet in de raming van het Monitoringcomité?

Ten tweede, welke nieuwe technische ramingen hebt u gebruikt? De procedure is dat er na de initiële technische ramingen in de derde week van september nieuwe technische ramingen worden opgemaakt. U zegt nu dat er weer nieuwe technische ramingen zouden zijn gebruikt om een aantal uitgaven te herzien.

Ten derde, u hebt ook gezegd dat een aantal uitgaven buiten de begroting werden gehouden. Kunt u dat even specificeren?

Ik stel die vragen, mevrouw de minister, omdat het voorstel van het Verzekeringscomité volgens mijn berekeningen – ik beschik niet over al uw cijfers – haalbaar lijkt. Misschien zult u dat tegenspreken. U hebt trouwens zelf een methode uitgewerkt die te maken heeft met de data van inwerkingtreding van de maatregelen voor de farmasector. Ik zou graag die oefening eens kunnen bekijken.

Ten tweede, begrijp ik het goed dat u aan een besparing op de geneesmiddelen van 220 miljoen euro komt, aangezien de patiënten 65 miljoen euro minder zullen moeten uitgeven door de terechte afschaffing van het supplement van 5 euro voor een origineel als er ook een generiek bestaat? U telt beide bedragen op als een inspanning van de farmasector?

01.18 Minister Maggie De Block: Ja.

01.19 Jan Bertels (sp.a): Dat is dan toch een nieuwe manier om de inspanning van de farmasector te berekenen. Ik dacht dat ik het verkeerd had begrepen, maar dat is blijkbaar toch niet zo. U telt beide bedragen op als structurele besparing in de farmasector. Dat is voor mij een totale nieuwigheid.

Begrijp ik het dan goed dat u de inspanning van de farmasector eigenlijk doorschuift naar de off-patentgeneesmiddelen?

01.20 Minister Maggie De Block: Ja, altijd.

01.21 Jan Bertels (sp.a): U kunt ook een inspanning vragen aan de innovatieve sector en niet alleen aan de producenten van off-patentgeneesmiddelen. Dat lijkt mij toch ook een discussie waard.

Ten derde, wat de provisie voor de gerechtelijke maatregelen inzake het budget voor de ziekenhuizen betreft, heb ik het goed begrepen dat u lijn per lijn bent nagegaan welke uitspraken er in 2020 kunnen vallen? Dat komt erop neer dat u eigenlijk elke individuele uitspraak zult afwachten en dat ziekenhuizen, ook al zijn er generieke uitspraken, die gelden voor heel de sector, dan nog op een uitspraak in het eigen proces zullen moeten wachten.

Voor mij is dat geen voorbeeld van proceseconomie. Eigenlijk laat u iedereen individueel procederen en u houdt geen rekening met uitspraken voor heel de ziekenhuissector. Ik begrijp uw uitleg alvast op die manier. Ik vind dat dat absoluut niet kan voor de overheid.

01.22 Minister Maggie De Block: Mijnheer Bertels, neen.

01.23 Jan Bertels (sp.a): Dan moet u dat even toelichten.

01.24 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Bertels, voor alle aangegane zaken is lijn per lijn doorgenomen of in 2020 mogelijk een uitspraak kan worden verwacht dan wel of er in 2020 onmogelijk een uitspraak zal kunnen zijn.

01.25 **Jan Bertels** (sp.a): Mevrouw de minister, een uitspraak voor een individueel ziekenhuis kan voor alle ziekenhuizen gelden.

01.26 Minister **Maggie De Block**: Alle zaken zijn lijn per lijn doorgenomen.

01.27 **Jan Bertels** (sp.a): Mevrouw de minister, het gaat grotendeels om individuele rechtszaken. Maar wanneer er een individuele juridische uitspraak is die ruimer dan alleen voor dat ene ziekenhuis geldt, zult u die uitspraak dan voor de andere ziekenhuizen toepassen of zult u de andere ziekenhuizen ook dwingen te procederen?

Het is een louter informatieve vraag. U moet echter even checken wat u ter zake hebt geantwoord.

01.28 Minister **Maggie De Block**: Zo werkt dat ook niet. Dat heb ik ook niet gezegd.

01.29 **Jan Bertels** (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb nog twee bemerkingen, louter voor de duidelijkheid.

Ten eerste, uw voorstel moet naar de ministerraad. Maar ik begrijp dat een partijgenoot van een lid van de ontslagnemende regering een aantal verbeteringen voorstelt, onder meer inzake kine en tandartsen. Betekent zulks dat er in de regering nog discussie is over het voorstel, dat u aan sommige actoren hebt toegelicht?

Tot slot heb ik nog een algemene opmerking. Mevrouw de minister, u hebt aangegeven dat in het kader van het voorstel conventietarieven in de diverse conventiecommissies kunnen worden afgesproken. U wijst ook op het algemene risico van deconventionering.

Daarvoor moeten wij absoluut aandachtig zijn. Enkele noodzakelijke maatregelen in het voorstel van het Verzekeringscomité hadden precies tot doel om te vermijden dat er nog meer zou worden gedeconventioneerd, wat wij niet willen en wat u, naar ik aanneem, ook niet wil.

In dat kader is het interessant dat u en de overheid opnieuw waarde hechten aan het overlegmodel dat onze gezondheidszorgverzekering jarenlang grootmaakte, en nu nog steeds grootmaakt overigens.

Mevrouw de minister, dat waren mijn vragen, waarop ik van u nog niet alle antwoorden heb gekregen.

01.30 **Eliane Tillieux** (PS): Madame la ministre, je vous ai entendue. Vous nous répondez que la responsabilisation du secteur pharmaceutique est plus importante dans votre proposition. En examinant les chiffres, vous parlez de 161 millions d'euros par an. Or, dans la proposition du Comité de l'assurance, on évoquait 195 millions d'euros par an. Je vois donc juste l'inverse. Pourriez-vous nous expliquer ce qu'il en est?

Je n'ai pas non plus entendu de réponse à la question sur l'élargissement du remboursement de la contraception. L'INAMI auprès duquel nous avons sollicité une évaluation de la mesure évoquait 6,9 millions d'euros. Est-ce bien ce montant qui est inscrit dans votre budget?

Sur la question du risque de déconventionnement, je n'ai pas non plus entendu votre réponse.

Enfin, il est vrai que j'élargissais le débat à la question qui nous était posée par Jean Hermesse de la Mutualité chrétienne sur un concours de circonstances qui fait qu'aujourd'hui, les citoyens disposent d'une assurance complémentaire et que finalement, on pourrait traduire cela comme une avancée progressive vers une privatisation des soins de santé. Je sais qu'on sort un peu du cadre du budget mais néanmoins, j'aimerais entendre votre réaction sur ce point.

01.31 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses ou plutôt pour vos non-réponses. Je suis nouvelle dans le débat. Vous avez donné un listing de raisons budgétaires

très techniques sans base chiffrée. Je suis donc incapable de voir ce qui est correct ou, au moins, de comparer.

Mais ma question portait surtout sur la méthode. Vous me dites que ces données chiffrées le sont la troisième semaine de septembre. Je ne comprends donc pas pourquoi ces données n'ont pas été communiquées en temps et en heure au Comité de l'assurance, si elles sont tellement essentielles dans la construction du budget. Si elles arrivent toujours la troisième semaine de septembre et qu'elles ne sont pas communicables en temps et en heure au Comité de l'assurance, alors chaque année, il va y avoir un problème. Je ne comprends vraiment pas la méthode. Pourquoi ces données n'ont-elles pas été communiquées à temps? Je vous remercie pour vos éclaircissements.

01.32 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Madame la ministre, je vous remercie pour vos éléments de réponse.

Si je comprends bien, au niveau du secteur pharmaceutique, il y a quand même une différence entre la proposition qui avait été faite par le Comité de l'assurance et celle dont question. Je constate également et surtout que vous rejetez certaines pistes intéressantes, notamment pour des raisons techniques. Mais comment épargner en matière de médicaments en faisant des économies au niveau des classes de médicaments? Il est ici question des 95 millions. Il y avait des pistes intéressantes pour mieux maîtriser le budget. Et vous n'avez rien dit non plus au sujet de l'idée selon laquelle il faut prescrire plus de médicaments biosimilaires. Je ne suis pas rassurée.

01.33 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de minister, ik had inderdaad ook gevraagd of het voorschrijven van biosimilaire geneesmiddelen zal worden gestimuleerd, maar ik heb daarop geen antwoord gehoord. Misschien heb ik niet goed geluisterd.

Ik heb echter een meer prangende vraag. Daarnet zei u aan collega Bertels dat het bedrag van 161 miljoen euro zou worden bespaard op off-patentgeneesmiddelen. Ik zou daarvan graag een bevestiging horen, want wij hebben vorige week in de commissie het Nationaal Internutualistisch College gehoord. Uit die vergadering bleek heel duidelijk dat de overschrijding van de budgetten in de geneesmiddelensector veroorzaakt werd door de innovatieve geneesmiddelen in de hospitalen. Er was daar een overschrijding met meer dan 200 miljoen euro, als ik het mij goed herinner. Het structurele probleem zit volgens mij dus veeleer daar en daar moeten wij dus aan werken. Wij blijven echter werken op de off-patentgeneesmiddelen, maar we zullen op die manier geen structurele ingrepen doen. Wij moeten op zoek gaan naar een duurzaam kader voor het betaalbaar houden van medicatie, niet naar kaasschaafmethoden die wij al jaren toepassen, want die blijken niet te werken.

Ik zou dus graag een verduidelijking krijgen over de 161 miljoen euro.

01.34 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, j'ai commencé tout à l'heure en vous disant qu'un des points majeurs était d'avancer pour valider des accords et des conventions, et s'assurer ainsi de la sécurité tarifaire du patient. Je prendrai l'exemple des dentistes puisque vous en avez parlé. Seulement 60 % des dentistes sont conventionnés, en moyenne, sur l'ensemble du royaume. C'est un peu plus dans certaines provinces, et c'est forcément beaucoup moins dans d'autres. On pourrait prendre d'autres exemples, mais les soins dentaires sont particuliers. Forcer pour arriver à un accord médico-mutualiste, avec un taux de conventionnement le plus élevé possible, vu que le taux de 60 % n'est pas acceptable, est un enjeu majeur d'abord et avant tout pour le patient et pour la sécurité tarifaire.

Vous avancez dans le domaine de la contraception. On n'a pas encore de détails. J'ose espérer que tous les types de contraceptifs seront concernés. Malheureusement, vous le faites au détriment d'autres mesures, que vous avez supprimées. J'en ai fait la liste tout à l'heure. Elle comportait le volet dentaire. Vous ne dites rien pour les prothèses auditives des enfants, ni sur la liste que j'ai citée tout à l'heure. Vous auriez pu faire et l'un et l'autre.

Je ne sais pas de quoi l'avenir sera fait, mais ce qui est sûr, c'est que la technique qui consiste à changer le cadre, les recettes, les dépenses et les chiffres après coup, alors que vous les connaissiez - le contraire n'est pas imaginable - pose éminemment question. Vous auriez pu fournir les chiffres corrects au Comité de l'assurance et au Conseil général. J'ose espérer que c'est la première et la dernière fois. L'essentiel est maintenant de se projeter vers l'avenir. J'ose espérer qu'il ne s'agit pas du choix de mettre à mal toute la procédure, non pas de consultation bilatérale et d'information des uns et des autres chacun dans leur coin, comme vous l'avez fait, mais bien de la concertation, et surtout de la co-construction du budget par les

acteurs de la santé. J'ose vraiment espérer que cette manière de faire, appliquée cette année, ne va pas devenir une extrêmement mauvaise habitude. Je vous remercie.

01.35 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer Bertels, we hebben dezelfde cijferbasis genomen als het rapport in het Monitoringcomité en de technische ramingen van september. Dat geeft wel een verschil als het gaat om artikel 111, want in het rapport van het Monitoringcomité werden daarvoor de ramingen van juni gebruikt, niet die van september. Dat zorgde voor een verschil van 63 miljoen euro. Wij hebben die van september genomen, omdat die accurater zijn. Er is daar dus een verschil in tijd, maar voor de rest hebben wij dezelfde cijfers genomen als het Verzekeringscomité en het Monitoringcomité.

Wat de farmaceutische sector betreft, houden wij de besparingen in die sector apart waar concrete maatregelen tegenover staan. De 5 euro die de patiënt niet meer moet betalen, betekent ook minder inkomsten voor de sector. Wij houden dat opzij, want hier staan geen maatregelen tegenover, terwijl andere zaken wel worden gecompenseerd door maatregelen. Desalniettemin moet de patiënt dat dus niet meer ophoesten, waardoor de sector minder inkomsten heeft.

De besparingen zijn allemaal op off-patentgeneesmiddelen, wat betekent dat het altijd om een verdeling gaat. Voor elke maatregel weten wij wat onder innovatieve middelen valt en wat onder de generieke middelen. Ook in het verleden hebben wij altijd getracht een 80/20-verhouding te hebben: 80 % innovatief en 20 % generiek. Dat wordt in alle transparantie berekend, met iedereen rond de tafel. Als farma.be, Medaxes en wij tot dezelfde cijfers komen, dan gaan we ervan uit dat die juist zijn. Daar komt dus de verdeelsleutel tot stand.

Wat de provisie voor de ziekenhuizen betreft, vraagt u wat er gebeurt als er voor een individuele maatregel een uitspraak komt. Wanneer er iets wordt vernietigd, een artikel bijvoorbeeld, dan gebeurt er een aanpassing. De Raad van State verwerpt of vernietigt dan immers iets. Als dat een individuele uitspraak is, is er jurisprudentie en gaat dat op voor de hele sector.

U zegt dat de anderen dan moeten wachten. Dat is niet zo. Dat is ingecalculeerd en vandaar de noodzaak om daar toch eens door te gaan.

De volgende vraag is van mevrouw Tillieux.

Madame Tillieux, vous parlez de 195,7 millions de mesures pour le secteur pharmaceutique sur base annuelle dans la proposition du Comité de l'assurance. Dans notre méthode de calcul, nous ne prenons pas en compte les mesures pour la contraception.

Wij zien voor de farmaceutische sector 161 plus 58 miljoen euro en dat betekent dat wij op jaarbasis aan 219 miljoen euro komen.

Il y a donc une différence de plus de 20 millions.

Wat de uitspraken van de heer Hermesse betreft, en het feit dat hij bezorgd is omdat er bijkomende private verzekeringen worden gesloten, dat is inderdaad een fenomeen dat zich bij ons meer en meer voordoet en waarmee mensen zich wapenen tegen wat *out-of-pocket* moet worden betaald.

Ik volg de heer Hermesse, die zegt dat de ziekteverzekering er zelf voor moet zorgen dat het aandeel *out-of-pocket* voor de mensen betaalbaar blijft en dat het eigenlijk niet zou mogen dat alleen de mensen die een bijkomende verzekering hebben daardoor niet worden geraakt.

Er is daaraan gewerkt. Als u de *out-of-pocket* betalingen van onze patiënten bekijkt, en vorige week was er nog een nieuwe *Health at a Glance*, dan ziet u dat die de laatste jaren gedaald is naar 14,9 %. Er wordt daarnaar met veel aandacht gekeken.

Les estimations techniques ont lieu au mois de juin. Nous commençons déjà à travailler sur ces chiffres, mais la loi prévoit que la deuxième estimation technique a lieu au mois de septembre. Quand les chiffres de septembre sont disponibles, nous tenons compte des changements pour refaire nos calculs.

Je vous l'ai dit, c'est la loi et il est important qu'elle soit respectée. Sinon, nous ferions des comparaisons avec d'autres dates. Septembre ne peut pas arriver plus vite dans l'année!

01.36 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Ce n'est pas cela que je dis. Ils arrivent la troisième semaine de septembre. À partir de septembre, cela est discuté avec le Comité de l'assurance pour avoir un budget concerté. Si, systématiquement, ces chiffres arrivent après la concertation, alors arrêtez la concertation! Ce n'est pas la date, c'est la méthode qui pose problème. Vous ne respectez pas la concertation en arrivant avec des chiffres après la concertation. C'est une question d'agenda.

01.37 Maggie De Block, ministre: La concertation commence déjà au mois de juin, lorsque les premiers chiffres sont disponibles. Il n'y avait que 28 millions d'euros de différence entre juin et septembre. Parfois, ce sont des chiffres favorables, parfois pas. On adapte alors les chiffres. Sinon, il ne faut pas faire la deuxième estimation technique si on n'en tient pas compte.

01.38 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas faire d'autres estimations techniques. Mais si c'est essentiel et que c'est une des raisons pour lesquelles vous avez rejeté le budget – c'est ce que vous avez dit –, alors cela doit être intégré au moment de la concertation.

01.39 Maggie De Block, ministre: Comme je l'ai dit à M. Bertels, nous avons pris la même base de chiffres.

01.40 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Alors, je ne comprends pas le rôle de votre chef de cabinet au sein de la concertation, si tout cela n'est pas concerté. Vous agissez maintenant comme si ce budget arrivait comme un fait accompli, auquel vous n'avez jamais pu prendre part.

01.41 Maggie De Block, ministre: C'est exact.

01.42 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Mais ce n'est pas exact, puisque votre chef de cabinet...

01.43 Maggie De Block, ministre: Mais oui. Cela a été présenté au Comité de l'assurance sans que nous ayons été impliqués dans les 23 séances qu'ils ont tenues. C'est aussi cela, la loi.

Het Verzekeringscomité doet een voorstel dat daarna al dan niet door de Algemene Raad wordt aanvaard. Dat voorstel moet wettelijk en budgettair in orde zijn. Het voorstel mag de staatsschuld niet verzwaren. Het mag geen stuk doorschuiven naar het globaal beheer en dat was hier allemaal wel het geval.

01.44 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Votre cabinet fait quand même partie du Comité de l'assurance. Il peut donc communiquer des informations, discuter, concerter.

01.45 Maggie De Block, ministre: Cela a été le cas.

01.46 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Vous venez de me dire que vous ne l'avez pas fait du tout. Je ne comprends pas!

01.47 Minister Maggie De Block: Er is geen voorafgaand overleg geweest met het kabinet over de vraag of dat de juiste cijfers zijn en of de maatregelen uitvoerbaar zijn. Men heeft dat gemaakt, maar dat is hun goed recht: zij mogen een voorstel doen. Als dat goed was, dan mocht dat ook worden gezegd. Trouwens, de zaken die erin stonden die goed waren, hebben wij ook meegenomen, maar het budget moet wel sluitend zijn en mag de staatsschuld niet verzwaren. Dat was niet het geval; het was gewoon niet genoeg onderbouwd, noch op haalbaarheid, noch op wettelijkheid, noch op het niet-verzwaren van de staatsschuld. De Commissie voor begrotingscontrole van het RIZIV, die toch ook haar waarde heeft bewezen, vond dat ook.

01.48 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Il y a quand même un problème de méthode. Il faudra la revoir sur le long terme.

01.49 Maggie De Block, ministre: Madame Merckx, les classes thérapeutiques sont intéressantes mais pour prendre ces mesures, il faut changer les budgets partiels. L'INAMI a fait les calculs.

Men heeft bekeken wat dit aan besparingen kon genereren. Er zijn geen opbrengsten mogelijk in 2020, want de deelbudgetten moeten op 1 januari al gewijzigd zijn om daarmee rekening te kunnen houden. Het is niet mogelijk om dit tegen dan gedaan te krijgen, maar deze discussie zal zeker terugkomen omdat die partiële

doelstellingen historisch gegroeid zijn. De vraag is echter of wij hieraan moeten vasthouden. Ik meen dat het debat hierover moet worden gevoerd, maar dat kan niet op anderhalve maand vóór de deadline. Dit is immers een discussie die niet zonder slag of stoot zal plaatsvinden omdat alle stakeholders hierbij betrokken worden.

Er is ook de nodige aandacht gegaan naar de biosimilaren. Wij hebben vastgesteld dat de *uptake* van die biosimilaren in ons land eerder aan de lage kant ligt. Bovendien zijn er verschillen per gewest en per ziekenhuis. Hieraan is een hoofdstuk gewijd waarin wij, samen met alle stakeholders, een aantal zaken samenbrengen. Wij hebben al maatregelen genomen om tot enige *uptake* te komen in ons land, maar wij moeten zorgen voor een doorstart.

Dit is van belang omdat voor negen oncologische geneesmiddelen biosimilaren in de pijplijn zitten. Het gaat daarbij over grote volumes en als we op dat vlak de boot missen, ziet het er niet goed uit voor onze patiënten die nood hebben aan die innovatieve producten. Ook daaraan is dus de nodige aandacht besteed en er werden reeds maatregelen genomen.

Mevrouw Depoorter, u zegt dat het budget voor geneesmiddelen in de ziekenhuizen met 200 miljoen euro werd overschreden. Er is geen specifiek budget voor geneesmiddelen in de ziekenhuizen. Het gaat om een globaal budget voor de officina en de ziekenhuizen. De stijging door het hoger verbruik van medicatie en de hogere prijzen doet zich vooral voor in de daghospitalisatie. Net daar bevindt zich immers ook de innovatie.

De immunologische therapieën worden namelijk vrijwel allemaal in daghospitalisatie gegeven. Ook oncologische behandelingen worden in daghospitalisatie gegeven. Wij zien daar een stijging en niet in officina's of evenmin in de ziekenhuizen.

Het klopt dat het een nieuwe uitdaging voor de toekomst inhoudt om innovatie te kunnen blijven betalen. De uitgangspositie via het Toekomstpact, gestart in 2015, was de zogenaamde *patent cliff* voor geneesmiddelen of patenten, wat voor een grote daling van de rekening moet zorgen. In vergelijkbare zin hebben wij ook bijvoorbeeld de *volume cliff* gemaakt. Alles was erop gericht om de rekening voor de patiënt te laten dalen. Het Toekomstpact houdt eveneens in dat de overheid dat geld voor de patiënten investeert in innovatie. De berekeningen in dat verband liepen tot het einde van het Toekomstpact. Ten tijde van die berekeningen werd een trein aan innovatie verwacht, maar het bleek een hogesnelheidstrein te zijn. Zo werden de immunologische geneesmiddelen aanvankelijk voor slechts enkele indicaties toegepast, maar het volume ervan is enorm vergroot, aangezien bewezen kon worden dat immunotherapie voor steeds meer indicaties werkt. Daarnaast zijn er ook in het algemeen veel meer geneesmiddelen op ons afgekomen. Van bijvoorbeeld CAR-T-geneesmiddelen, waarvan bij aanvang nog niet werd voorspeld dat ze op de markt zouden komen, bestaan er tegenwoordig meerdere soorten. Dat vraagstuk rijst niet alleen in ons land, alle landen worden geconfronteerd met de vraag hoe zij voldoende kunnen inspelen op innovatie. Het gaat erom dat de innovatie tot bij onze patiënten gebracht moet kunnen worden.

Ik verwijs naar het symposium in de Kamer over innovatieve geneesmiddelen. Cijfers van professor Lieven Annemans omtrent de behandeling van melanomen gaven aan hoeveel mensen er gered werden, hoeveel mensen er opnieuw een toekomst hebben. Daar is het ons om te doen. Ik ben het er wel mee eens dat het betaalbaar moet blijven. Daarom pleit ik ervoor dat onze patiënten ook tot de innovatieve medicatie, indien voorhanden, toegang krijgen in het eigen land. In dat opzicht hebben wij al meerdere maatregelen genomen, maar er zullen er nog meer nodig zijn in de toekomst.

01.50 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, daarover ging nu net mijn betoog.

Uiteraard moeten wij ervoor zorgen dat de patiënten toegang hebben tot de innovatieve geneesmiddelen. Het is echter heel jammer dat u in uw voorstel oude maatregelen herneemt.

Wij hebben vanmorgen gezien dat het totaalgebruik van courante geneesmiddelen afneemt en dus de totale uitgaven daarvoor dalen, terwijl de uitgaven in de innovatieve sector explosief stijgen.

Net op die tendens moeten wij een antwoord vinden. Daarover ging mijn betoog. Tot op dat punt gaan wij akkoord. Nu zullen wij er nog aan moeten werken.

01.51 Minister Maggie De Block: Mevrouw Depoorter, u hebt absoluut gelijk.

De WHO en Europa zijn ermee bezig. Daarom ook hebben wij in Europa samenwerkingsinitiatieven opgestart. Wanneer wij naar andere landen kijken, merken wij dat elk land daarnaar op zoek is. De problematiek is immers overal een immense uitdaging.

Het rare is dat iedereen denkt dat wij de oplossing hebben gevonden, wat zeker nog niet het geval is. Wij zullen dus zeker nog verder aan het dossier moeten werken. Er wordt echter naar ons gekeken, omdat wij het enige land zijn dat ter zake een toekomstpact heeft gemaakt.

Hoe dan ook, alle landen worstelen met dat probleem.

01.52 Eliane Tillieux (PS): Madame la ministre, j'ai encore une question très précise. Combien avez-vous prévu au budget pour la gratuité de la pilule jusqu'à 25 ans?

01.53 Maggie De Block, ministre: C'est le montant calculé par l'INAMI.

01.54 Eliane Tillieux (PS): 6,9 millions.

01.55 Maggie De Block, ministre: Comme Mme Fonck l'a dit, cela couvre la pilule et la pilule du lendemain.

01.56 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, u hebt niet geantwoord inzake de uitgaven die u buiten de begrotingsdoelstelling hebt gehouden. U hebt die vermeld in de toelichting, maar u hebt het er niet meer over gehad.

Er is voorts een taks op verzekeringsuitgaven ingeschreven. U verwijst daarvoor naar het Monitoringcomité. De taken op de verzekeringsdiensten betreffen de eigen inkomsten van het RIZIV en het zou mij verbazen dat het Monitoringcomité die al zou hebben geraamd; nochtans schrijft u daarvoor nu tientallen miljoenen bij in. Ik kreeg graag een technische verduidelijking, want ik vrees dat dat niet klopt.

01.57 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, heeft uw voorstel een impact op de behoefteliches die door de verschillende sectoren werden ingediend, en op de prioriteiten die zij daarmee hebben aangebracht? Als die er volledig uit zijn, zou ik dat graag van u willen horen.

01.58 Minister Maggie De Block: Mijnheer Bertels, het Monitoringcomité heeft de cijfers van juni gebruikt en wij die van september. Daar zit een verschil op. Wat de uitgaven buiten de begrotingsdoelstelling betreft, is er voor de ziekenhuizen een verschil van 47 miljoen. Dat heeft te maken met de vermindering van de provisies voor de ziekenhuisrechtzaken. Het heeft een reden waarom een deel binnen en een deel buiten de doelstelling valt. Mijn medewerker zal het u uitleggen.

01.59 Medewerker van de minister: Het klopt inderdaad dat het BFM, dus het ziekenhuisbudget, voor een deel binnen de begrotingsdoelstelling wordt geliquideerd en voor een deel erbuiten. Ik gebruik afgeronde percentages: 75 % wordt geliquideerd binnen de begrotingsdoelstelling, binnen de partiële doelstellingen; 25 %, of eigenlijk 22,77 % met een correctie erbij, buiten de begrotingsdoelstelling. Het gevolg is dat een aantal uitgaven, behalve B7 en B8, binnen het ziekenhuisbudget volgens die verdeelsleutel worden uitgegeven.

Dat wil zeggen dat de provisies voor 75 % binnen de begrotingsdoelstelling en voor 25 % buiten de begrotingsdoelstelling zitten. Dat is een wettelijke verdeling en dat staat ook zo in het KB.

Het gevolg is dat, als men de provisies verlaagt binnen de begrotingsdoelstelling, men die ook kan verlagen buiten de begrotingsdoelstelling. De verlaging of de liquidatie van de structurele blokkering kon voor een groot deel op die manier worden weggewerkt.

01.60 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb nog geen antwoord gekregen. Zijn de behoefteliches, de nieuwe initiatieven, die door de verschillende sectoren zijn ingediend dan allemaal geliquideerd?

01.61 Minister Maggie De Block: Het gaat over 1,5 miljard euro. Dat is niet allemaal ingevuld. Het is binnenkort Sinterklaas. Als men aan kinderen zegt om maar aan te kruisen wat ze willen, dan kruisen ze op elke bladzijde alles aan. Ik heb dat een keer gedaan. Dat doen we niet meer.

01.62 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dan komt er geen enkel nieuw initiatief?

01.63 Minister **Maggie De Block**: Toch wel, maar dat wordt in de overlegcommissies besproken. De commissies zullen de volledige indexatie en de groeinorm bekijken en daar de nieuwe initiatieven inpassen. Dat is hun ook gevraagd. Dat is 1,95 plus 1,50. Daar kunnen zij mee aan de slag gaan, maar het is aan hen om dat te doen.

01.64 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, le fait de comparer les acteurs de la santé à des enfants qui ont envie de tout et n'importe quoi devant un catalogue de Saint-Nicolas est injurieux pour le secteur!

Monsieur le président, ce sera mon dernier mot.

Le **président**: Je pense que le dernier mot n'a certainement pas encore été dit dans ce débat.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Vraag van Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De controle voor de crematie" (55000368C)**

02 **Question de Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le contrôle précédant l'incinération" (55000368C)**

02.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de minister, deze vraag handelt over het post-mortemonderzoek dat door een arts moet worden uitgevoerd alvorens een lichaam wordt gecremeerd. De lokale besturen doen een beroep op een beëdigd geneesheer om voorafgaand aan de crematie van een overledene een extra controle uit te voeren op de doodsoorzaak. Het doel is na te gaan of de persoon in kwestie daadwerkelijk een natuurlijke dood is gestorven.

Er moet verder ook worden nagegaan of er bijvoorbeeld defibrillatoren in het lichaam aanwezig zijn. Die moeten worden verwijderd, omdat ze tijdens het crematieproces kunnen ontploffen, met alle gevolgen van dien.

Nu blijkt dat in sommige gevallen de beëdigd geneesheer de controle niet uitvoert, maar gewoon het papierwerk ondertekent. Daardoor gebeurt het wel eens dat er toch lichamen met een defibrillator, die dan tot ontploffing komt, worden gecremeerd. Een rondschrijven van de crematoria aan artsen met de vraag om dat soort controles ernstig te nemen, bevestigt dat het een courante praktijk is.

De beëdigd arts krijgt per vaststelling een bedrag dat varieert van 30 tot 100 euro. Tegen een bedrag van 75 euro, zoals in onze gemeente, zou het totaal voor 109.000 crematies – dat was het cijfer voor 2017 – uitkomen op 8 miljoen euro, voor een handeling die in veel gevallen dus niet wordt uitgevoerd.

Mevrouw de minister, op welke wijze controleert de FOD Volksgezondheid de activiteiten van beëdigd artsen in het kader van de consciëntieuze uitvoering van dergelijke onderzoeken voorafgaandelijk aan de crematie?

Komt de federale overheid of een andere bovenlokale overheid op enige wijze tussen in de uitbetaling van die artsen?

02.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Gijbels, de regelgeving inzake lijkbezorging maakt al geruime tijd deel uit van de bevoegdheden van de gefedereerde entiteiten. Gelet op de omschrijving van de geneeskunst in de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen van 10 mei 2015, is het vaststellen van een overlijden effectief een geneeskundige handeling. Die wordt dus door een arts gedaan.

Het uitvoeren van bijkomende controles, voorafgaandelijk aan een crematie of begrafenis, die betrekking hebben op de veiligheid van de toegepaste lijkbezorgingsprocedure kan inderdaad door beëdigd artsen gebeuren, maar dat behoort ook tot de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten. Het gaat dan vooral om het onderzoek naar de aanwezigheid van implantaten zoals pacemakers, die in het geval van crematie een gevaar kunnen betekenen, maar ook om onderzoek naar andere risico's, zoals de aanwezigheid van

therapeutische radionucliden.

De Nationale Raad van de Orde der artsen heeft zich ook gebogen over de verantwoordelijkheid van artsen inzake het verwijderen van implantaten zoals pacemakers. In zijn advies van 24 januari 2009 stelt de raad dat artsen wettelijk niet verplicht zijn een pacemaker te verwijderen bij een overledene. De wet bepaalt dat pacemakers moeten worden verwijderd voor crematie, maar zegt niet wie dat moet doen.

In zijn advies van 12 mei 2007 over de verwijdering post mortem van batterijen van implantaten is de Nationale Raad van mening dat een batterij verwijderd moet worden door een arts die daartoe bekwaam is. Indien de behandelend arts of de arts die het overlijden vaststelt meent die bekwaamheid niet te hebben, dan moet die taak aan een andere, daartoe wel bekwaame arts worden toegewezen. Dat kan eventueel worden gedaan door de beëdigd arts die door de ambtenaar van de burgerlijke stand wordt aangesteld. Een arts die de batterijen heeft verwijderd, kan dat certificeren met een attest.

Tot slot stelde de Nationale Raad in zijn advies van 12 mei 2007 niet bevoegd te zijn voor het uitwerken van een procedure voor het verwijderen van een batterij van een implantaat na overlijden. Zij gaan er namelijk van uit dat dit geen deontologische maar een puur organisatorische materie is.

Gelet op het voorgaande, zijn er geen controles van de FOD Volksgezondheid op de lijkbezorging. De federale entiteit komt wat lijkbezorging betreft enkel nog tussen in de context van sanitaire rampen en crisissen. Dan gaat het immers om de mogelijke besmettelijkheid van de lijken.

U zult uw vragen over de financiering van de beëdigd artsen en over de reglementaire en operationele aspecten inzake lijkbezorging moeten doorspelen aan uw collega's in het Vlaams en het Waals parlement, aangezien het gaat om bevoegdheden van de deelstaten.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, ik meen dat er toch sprake is van een deontologisch probleem, aangezien er blijkbaar frequent documenten ondertekend worden zonder dat het lichaam in kwestie werd onderzocht. Ik weet niet in hoeverre daaraan een gevolg kan worden gegeven.

02.04 Minister Maggie De Block: Wij zijn daar gewoon niet bevoegd voor. U kunt dat rapporteren aan de Orde of in het Vlaams Parlement, maar wij zijn daar niet voor bevoegd. Wij zijn alleen bevoegd als het gaat om mensen die zijn overleden aan een besmettelijke aandoening. Anders kunnen wij noch inzake deontologie, noch inzake controle ingrijpen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "FibriCheck" (55000403C)

03 Question de Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "FibriCheck" (55000403C)

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Deze vraag handelt over mobiele applicaties binnen de gezondheidszorg. Volgens de website mhealthbelgium.be, het federale platform voor *mobile health*, zijn er al verschillende apps met een CE-label waarmee die apps als medisch hulpmiddel erkend worden. In veel gevallen is de app alleen op voorschrift te verkrijgen. Enkele apps zijn bedoeld om door artsen gebruikt te worden, maar de meeste worden geïntegreerd in een behandelings- of preventiekader.

Een van die medische apps is FibriCheck. De app kan verschillende soorten hartritmestoornissen detecteren. Op die manier kan een dergelijke app, overeenkomstig het actieplan 2019, een eenvoudige, toegankelijke en waardevolle schakel vormen in een groter preventie- of behandelplan.

Een tijd geleden werd de app FibriCheck echter door enkele kranten aangeboden, zonder dat daaraan een voorschrift te pas kwam. Op basis van metingen die met de app werden uitgevoerd bij lezers konden de kranten uitpakken met cijfers over hartritmestoornissen. Bovendien maakte het persbericht niet duidelijk op welke wijze een medische opvolging verbonden was aan het bedelen van de app en het verwerken van de resultaten. Tegelijkertijd bleek dat slechts 37 % van de mensen met een hartritmestoornis vervolgens daadwerkelijk een arts heeft geraadpleegd.

De database van bedrijven die zulke medische apps ontwikkelen is potentieel erg groot. Soms brengen ook farmaceutische bedrijven zelf die apps op de markt.

Vindt u dat medische apps die in een algemeen medisch kader passen het best voorschriftplichtig zijn? Zo ja, hoe kan het dat de app FibriCheck gedurende een bepaalde tijd zonder voorschrift ter beschikking werd gesteld aan de lezers van *Het Nieuwsblad* en *Het Belang van Limburg*?

Bent u van oordeel dat commerciële acties voor voorschriftplichtige medische apps mogelijk moeten zijn?

Op welke wijze controleert de FOD Volksgezondheid of bedrijven die medische apps ontwikkelen correct omspringen met de persoonlijke gegevens die zij via de apps verzamelen en bijvoorbeeld geen gepersonaliseerde reclame aanbieden?

Op welke wijze controleert de FOD Volksgezondheid of bedrijven die medische apps ontwikkelen de verzamelde data aan farmaceutische firma's doorspelen? Ook als de gegevens geanonimiseerd zijn, kunnen big data immers interessante informatie vormen voor farmaceutische bedrijven.

Denkt u dat er een rol ligt bij de apotheker om duiding te geven bij het gebruik van die medische apps?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Dank u voor uw vraag over FibriCheck en bij uitbreiding ook over mHealth, mevrouw Gijbels.

Bepaalde medische apps passen uitstekend in een algemeen medisch kader, maar ze moeten niet per se voorschriftplichtig zijn. Wij kunnen de vrijheid van ondernemen niet beknotten. Er zijn ook apps die mensen aanzetten tot meer bewegen. Die apps zijn nuttig, maar worden uiteraard niet terugbetaald. Ze worden ook niet als een medische app aanzien.

Pas als een medische app in onze verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt ingekanteld, dan moet dat via een voorschrift gebeuren. Om dat allemaal te stroomlijnen werd een validatiepiramide ontwikkeld, om de patiënt en de arts te gidsen in het landschap van de medische apps. Financiering door de verzekering voor geneeskundige verzorging betekent dat de app op het zogenaamde M3-niveau werd gepositioneerd. Het M1-niveau waarop alle mHealth-apps zich nu bevinden bewaakt de veiligheid van de toepassing en gaat na of een app een CE-markering bezit.

Met de actie in *Het Belang van Limburg* en *Het Nieuwsblad* zou de burger echter nog steeds zelf de app moeten aanschaffen. FibriCheck zorgt enkel voor een meting en registratie. Er zijn geen strikt medische acties aan verbonden. Wat dat betreft zijn er dus niet direct problemen voor de burger.

Als bepaalde mHealth-toepassingen een positieve bijdrage kunnen leveren aan het gehele mHealth-ecosysteem, dan mag dit gecommuniceerd worden. De bedoeling van de mHealth-validatiemethode is net de zorgverstrekkers een handvat te geven waardoor ze weten welke toepassingen gevalideerd zijn door de overheid, zodat we steeds minder pseudogezondheidsapps zullen vinden. Iets heeft immers een medische meerwaarde of niet. Soms is het *nice to have*, maar ik kan het aantal apps al niet meer volgen.

Op de website mHealth Belgium wordt een toelichting gegeven over het beleid van mHealth in het algemeen en over de verschillende levels in detail.

U vraagt naar de specifieke controle van de behandeling van gegevens. Dit wordt gedaan in het kader van een validatiepiramide op het niveau M1. Vandaar het kader mHealth Belgium dat we in het leven hebben geroepen. We willen de geloofwaardige bedrijven in dat kader krijgen, waardoor de voorschrijvende en adviserende zorgverstrekkers zulke apps zullen gaan voorschrijven of adviseren aan hun patiënten.

Voor de gegevens die hieruit voortkomen, moet men voldoen aan de strikte GDPR-regels inzake privacy. De veiligheid moet voldoen aan de regels voor de CE-markering. Ook deze twee aspecten zijn ondergebracht in het M1-niveau.

Het blijft natuurlijk moeilijk om alle softwareprocessen te controleren. Een GDPR-statement wordt dan ook altijd via een zogenaamde zelfverklaring vastgelegd. Mocht er echter een inbreuk plaatsvinden die wordt aangemeld bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit, dan gelden de Europese GDPR-regels inzake boetes. Deze boetes zijn hoog.

Dit geldt overigens ook voor alle soorten toepassingen in alle sectoren.

Wat uw vraag over de rol van de apotheker betreft, bij sommige toepassingen zou dat mogelijk zijn, bij andere helemaal niet. Het is de bedoeling dat de zorgverleners eventueel apps voorschrijven of adviseren waarvan zij op de hoogte zijn. Met de validatiepiramide willen wij een handvat bieden aan de zorgverlener om die waardevolle apps onder de aandacht van de patiënt te brengen. Wat hiervan wordt terugbetaald, is nog een andere vraag. Om die reden is er ook de voorschriftplicht voor eventuele terugbetaling.

03.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'organisation des gardes de médecine générale dans l'arrondissement de Verviers" (55001585C)**
- **Katrin Jadin à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'extension du service de médecine de garde" (55001014C)**

04 Samengevoegde vragen van

- **Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De organisatie van de huisartsenwachtdiensten in het arrondissement Verviers" (55001585C)**
- **Katrin Jadin aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De uitbreiding van de medische wachtdienst" (55001014C)**

Le **président**: Monsieur Rigot, je vois que vous avez repris la question de M. Ben Achour. Quant à Mme Jadin, elle est excusée.

04.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, cette question avait été déposée par mon collègue Malik Ben Achour. Elle lui tient particulièrement à cœur, puisqu'elle concerne son arrondissement. Compte tenu de l'urgence et de l'indisponibilité de Malik aujourd'hui, il a été décidé que je la reprendrais à mon compte, dans l'intérêt de tous les médecins généralistes de l'arrondissement de Verviers.

Madame la ministre, les gardes médicales s'effectuant dans cet arrondissement sont de plus en plus difficiles à organiser. Certes, le week-end et les jours fériés, elles sont centralisées au départ de plusieurs postes répartis sur le territoire de l'arrondissement, via un numéro unique qui permet de filtrer les appels. Ce système est reconnu et financé par l'INAMI. Toutefois, en semaine, l'arrondissement n'en bénéficie pas. Les médecins s'organisant alors sur une base communale, il en résulte une absence de garde dans certaines communes et une charge de travail importante dans d'autres. On comptabilise ainsi 13 zones de garde pour les nuits de semaine sur l'ensemble du territoire, avec des modalités d'organisation très différentes.

Ainsi, certaines petites communes comme Lierneux ne peuvent plus compter que sur deux médecins, lesquels peuvent se retrouver à devoir assumer plus de 100 gardes par an. Pour d'autres communes - telles Verviers, Dison ou Pepinster -, il s'agit d'un système, individuel ou groupé, de garde patientèle. Seuls les patients des médecins concernés sont pris en charge, les autres doivent se tourner vers les services d'urgence. Vu qu'il s'agit d'une zone touristique, les touristes doivent s'orienter vers ces services. Il en découle un engorgement probablement injustifié.

Pour pallier ces manquements, il pourrait être envisagé d'étendre le système efficace du week-end à la semaine. Pourtant, l'INAMI refuse une telle possibilité et ne veut pas prendre à sa charge le surcoût lié à cette extension. Dans l'arrondissement de Verviers, celui-ci est estimé à 300 000 euros.

Madame la ministre, pourquoi l'INAMI refuse-t-il cette extension? Comment améliorer la situation, alors que l'arrondissement de Verviers compte 55 % des médecins généralistes âgés de plus de 55 ans? Comment expliquez-vous que ce soient les communes qui doivent prendre en charge ces budgets importants? D'autres arrondissements connaissent-ils la même situation?

04.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Rigot, sous la précédente législature, une de mes priorités était de réorganiser les soins non planifiables. Une nouvelle politique relative aux postes de garde en médecine générale en faisait partie. En effet, selon moi, ces postes peuvent contribuer à l'amélioration des conditions

de travail des médecins généralistes.

Je l'ai fait dans ma commune, voici trente ans. Maintenant, c'est ici.

L'objectif de cette nouvelle politique est d'élaborer un système uniforme de postes de garde de médecine générale en standardisant aussi bien le modèle organisationnel que le financement des postes de garde.

La base légale pour la réforme a été prévue dans la loi relative à la qualité de la pratique des soins dans laquelle la permanence des prestataires de soins est expliquée. Le patient doit pouvoir avoir accès, à tout moment, à un médecin généraliste pour des soins non planifiables.

Une disposition spécifique a été prévue pour ce groupe professionnel. Celle-ci prévoit que le médecin généraliste est tenu de participer à la permanence médicale qui est organisée par une coopération fonctionnelle des médecins généralistes, qui fixe des modalités en matière de permanence médicale dans la zone concernée.

Une cellule inter-administrative réunissant les collaborateurs du SPF Santé publique et de l'INAMI a été mise sur pied en vue de développer le modèle organisationnel et de financement. Au sein de la plate-forme d'accompagnement "garde", les idées sont examinées avec les *stakeholders* qui y sont également représentés. Les coordinateurs de garde et les coordinateurs du projet 1733 pour la Wallonie et la Flandre travaillent en étroite collaboration avec le terrain pour accompagner au mieux les intéressés dans ces développements.

Quant au financement, dans un premier temps, l'accent a été mis sur la réforme du système des postes de garde le week-end. Une fois que le concept de cette réforme est suffisamment développé, avec la garantie d'une utilisation optimale de moyens et d'un modèle d'organisation cohérent et uniforme, le concept pourra être étendu aux gardes de nuit en semaine. La problématique des gardes de médecine générale en semaine est un souci qui est signalé à différents endroits en Région wallonne et parfois aussi en Flandre.

Je tiens à vous rassurer: l'organisation de manière uniforme et satisfaisante en soirée et la nuit en semaine pour la population ainsi que pour les médecins généralistes, est prise en compte dans le cadre du travail. La cellule inter-administrative prépare un nouveau modèle de financement de la garde de médecine générale qui sera introduit à partir de 2020.

Nous avons tout d'abord essayé d'avoir assez de visibilité pour les postes de garde pour que les patients sachent qu'il est possible de consulter un médecin généraliste le week-end, du vendredi soir à 20 h 00 au lundi matin à 08 h 00.

Nous avons bien uniformisé cela parce que, dans certains postes de garde, la permanence n'était pas toujours claire. Cela s'est déroulé dans tout le pays et va dans le sens de l'intérêt des régions qui ne comptent pas beaucoup de généralistes. Il paraît que pour les jeunes médecins généralistes, l'attractivité d'une commune en est améliorée.

J'ignorais qu'à Verviers, il y avait aussi un problème, mais il est vrai que le nombre de médecins est parfois trop bas. Dans ma commune, c'était un peu le cas mais nous travaillons désormais, avec huit communes, via un poste de garde. Je sais que les distances sont parfois différentes dans certaines régions et que cela n'est pas possible partout. Nous avançons néanmoins et la cellule inter-administrative est sur le point d'aboutir.

04.03 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour tous les médecins généralistes. Je suis très heureux de la réponse que vous nous donnez aujourd'hui et du délai fixé pour la mise en œuvre future d'une garde élargie.

Je ne peux que confirmer le sentiment du terrain sur l'efficacité du 1733 pour les patients et pour les médecins. Il permet une meilleure orientation des situations qui nécessitent d'aller véritablement vers les services d'urgence de Verviers, de Malmédy, d'Eupen ou de Saint-Vith et, à l'inverse, de les désengorger lorsque ce n'est pas justifié.

Je vous remercie de prendre en considération la problématique de Verviers en termes de pénurie de médecins mais aussi de réalité de terrain au niveau des langues. C'est en effet une commune où sont parlés

le français et l'allemand. C'est également complexe pour cette zone qui comprend des médecins âgés de près de 60 ans et dont 14 communes dans la partie francophone de l'arrondissement sur 20 sont en pénurie de médecins, dont 5 en pénurie grave.

Je vous remercie d'ores et déjà du suivi que vous ne manquerez pas d'apporter et de votre engagement dans le futur.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs.55000619 en 55000638 van de heer Creyelman worden uitgesteld.

05 **Samengevoegde vragen van**

- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De aanpak van psychologische problemen" (55000639C)
- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De onderbenutting van het budget voor een goedkoop bezoek aan de psycholoog" (55000654C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De onderbenutting van het budget voor een bezoek aan de psycholoog" (55000849C)
- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van psychologische hulp" (55000965C)
- Nawal Farih aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van de psychologische bijstand aan jongeren" (55001278C)

05 **Questions jointes de**

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La prise en charge des problèmes psychologiques" (55000639C)
- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La sous-utilisation du budget pour la consultation d'un psychologue à tarif réduit" (55000654C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La sous-utilisation du budget pour une visite chez le psychologue" (55000849C)
- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement de l'aide psychologique" (55000965C)
- Nawal Farih à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement des soins psychologiques pour les jeunes" (55001278C)

05.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mevrouw de minister, ik wil drie thema's aankaarten.

Het eerste thema gaat over de psychologische zorg in het algemeen.

Uit recent onderzoek van de KU Leuven en de CM blijkt dat bij 14 % van onze tieners psychotische klachten worden gerapporteerd. Eén op vier volwassenen krijgt vroeg of laat met psychische problemen te maken. In veel gevallen zijn die reeds in de adolescentie ontstaan.

Spreeken over psychische problemen, depressie enzovoort blijft, ondanks initiatieven als rode neuzen, taboe.

Dat zijn alarmerende cijfers waarbij niets doen geen optie is. In onze hectische maatschappij is de druk op jongeren zeer groot, met psychologische problemen als een van de gevolgen.

Mevrouw de minister, doet u iets om dit probleem aan te pakken? Welke initiatieven worden genomen inzake preventie?

Ervaringsdeskundigen in de psychologische zorg zijn van mening dat hun sector vaak stiefmoederlijk behandeld wordt. Wat vindt u daarvan? Hoeveel van het budget van Volksgezondheid gaat naar psychologische zorg? Hoe is de verhouding met andere sectoren binnen het departement?

Het tweede thema gaat over het niet benutten van het budget voor goedkope psychologie.

Sinds april kunnen volwassen Belgen die een matige tot ernstige depressie, een angststoornis of een alcoholprobleem hebben, tegen verminderd tarief naar een geconventioneerde psycholoog gaan. Ze betalen maximaal 11 euro per sessie, in plaats van 50 euro of meer, mits een voorschrift van een huisarts of

psychiater.

De federale overheid trok daarvoor 22 miljoen euro uit voor 2019, maar een groot deel van dat geld blijft liggen en wordt niet gebruikt.

Hoe komt het dat dit zo weinig gebruikt wordt? Waar loopt het volgens u mank? Welke stappen zult u ondernemen om hierover meer duidelijkheid te scheppen? Was deze maatregel wel voldoende doorgesproken met de sector? Zal de evaluatie van het systeem in samenspraak met ervaringsdeskundigen uit de sector gebeuren?

Het derde thema gaat over de terugbetaling van de psychologische hulp.

De OESO schat de maatschappelijke kosten voor mentale gezondheidsproblemen in ons land op meer dan 20 miljard, omgerekend meer dan 5 % van het bbp. Ter vergelijking, dat is bijna de helft van wat we jaarlijks aan pensioenen uitgeven.

In 2017, het recentste jaar waarvoor data beschikbaar zijn, trachtten volgens studies meer dan 10.000 Vlamingen uit het leven te stappen, 28 per dag.

Slechts in vier andere OESO-landen ligt verhoudingsgewijs het aantal effectieve zelfmoorden hoger dan in ons land. De juiste gespecialiseerde mentale hulp krijgen is in ons land blijkbaar nog steeds een kwestie van veel betalen.

De terugbetaling wordt door specialisten ter zake afgedaan als totaal ontoereikend. Het terugbetaalde bedrag is veel te laag in vergelijking met de gangbare prijs van een sessie bij een psycholoog. Het maximum van acht terugbetaalde sessies is dan weer ruimschoots te weinig om een verschil te maken bij wie het echt nodig heeft.

Daarom heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, klopt het dat de psychologische zorg op dit moment enkel binnen de subsidiëring van de ambulante en residentiële zorg wordt gefinancierd?

Ten tweede, waarom is er een onderscheid volgens statuut en setting voor de terugbetaling? Bent u er zich van bewust dat een dergelijk onderscheid klassengeneeskunde in de hand kan werken?

Ten derde, waarom werd een maximum van acht terugbetaalde sessies vooropgesteld, terwijl het bij sommige patiënten vaak nodig is om langer therapie te volgen?

05.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, op 27 augustus 2019 publiceerde *De Standaard* een artikel met de titel "Budget voor goedkope psycholoog amper benut".

Sinds april 2019 is de gedeeltelijke terugbetaling van psychologische hulp in werking. De federale overheid trok daarvoor 22 miljoen euro uit.

De Standaard stelt dat een groot deel van dat geld is blijven liggen. In juni en juli 2019 werd drie vierde van het budget niet aangesproken. In de maanden daarvoor was dat nog meer.

Psychologen, patiëntenverenigingen en experts formuleren sinds geruime tijd kritiek op uw project van gedeeltelijke terugbetaling. De meeste psychologen schreven zich op basis van inhoudelijke kritiek dan ook niet in voor het project. De verplichte verwijzing van een huisarts of psychiater, het beperkte aantal ziektebeelden waarvoor de terugbetaling in aanmerking komt en de grootte van het remgeldbedrag dat ten laste van de patiënt blijft, zijn maar enkele van de obstakels die worden genoemd.

Die obstakels zijn niet onbelangrijk. Op de website van het RIZIV komt men niet te weten bij welke psycholoog men terecht kan. Ook huisartsen die moeten doorverwijzen, zijn slecht geïnformeerd.

Mijn vragen zijn de volgende.

Weet u hoeveel psychologen in het project zijn ingeschreven?

Wat is uw analyse van de evolutie van de situatie in 2019, eventueel ook de maanden na juni en juli. Wij zijn vandaag al half november 2019. Graag kreeg ik dus ook uw analyse van de maanden daarna.

Hoeveel consultaties zijn in totaal terugbetaald?

Hoe evalueert u tot nu toe zelf het project?

Psychologen, patiëntenverenigingen en experts formuleren sinds geruime tijd kritiek op het project dat u in werking hebt gesteld. Hebt u die kritiek ontvangen? Bent u bereid het project te herzien?

Een studie van de Socialistische Mutualiteiten berekende dat tussen 324 en 473 miljoen euro nodig zou zijn om tot een kwalitatief aanbod van eerstelijnspsychologie te komen.

U voorzag in 22,5 miljoen euro. Denkt u ook dat dit bedrag te weinig is? Bent u bereid een andere piste uit te werken?

05.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, een tijdje geleden zijn er heel wat artikelen verschenen over jongeren die de afgelopen jaren te kampen kregen met psychische problemen. In 2016 erkende het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg dat het huidige aanbod van psychologische zorg niet voldoet aan de behoeften. Het plan dat u heeft opgesteld voor de terugbetaling van eerstelijnspsychologen haalt ook niet het beoogde resultaat.

Een groep die buiten het terugbetalingssysteem valt, zijn onder andere de jongeren. Nochtans kampen ook heel wat jongeren met psychologische problemen. Wetende dat een bezoek aan een deskundige arts tussen de 50 en 70 euro kost, moet ik er geen tekening bij maken dat heel wat gezinnen dit niet kunnen betalen. Op die manier kunnen hun kinderen niet worden begeleid.

België staat nochtans aan de top als het gaat over het slikken van antidepressiva.

Ik heb hierover al een schriftelijke vraag gesteld waarop ik echter nog geen antwoord heb gekregen. Daarom wil ik u de volgende vragen stellen, mevrouw de minister.

Welke maatregelen neemt u tegen het gebruik van antidepressiva? Heeft u cijfers over het gebruik van antidepressiva bij jongeren? Is er een daling vast te stellen? Heeft u zicht op de budgetten die zijn vrijgekomen door het verminderd gebruik? Zal u de vrijgekomen middelen prioritair inzetten voor het verruimen van het terugbetalingssysteem voor psychologische zorg?

05.04 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, dames, de onderzoekscijfers naar psychische problemen bij adolescenten liggen in de lijn van eerdere gegevens die in 2015 hebben geleid tot de *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg en tot de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*. Deze gids is de basis voor nieuw beleid en is een gezamenlijk initiatief van alle ministers – toen negen – bevoegd voor volksgezondheid.

Heel kort samengevat – en dan doe ik oneer aan het vele werk dat ter zake werd geleverd – kan ik daarover het volgende kwijt. Wij hebben netwerken opgericht die elk een werkingsgebied dekken en waarin alle essentiële zorgcomponenten op complementaire en gecoördineerde wijze aanwezig zijn. Voor kinderen en jongeren kent ons land elf van dergelijke netwerken.

De implementatie van de gids is een verantwoordelijkheid van alle regeringsniveaus in ons land.

Ikzelf heb ter zake gezorgd voor de financiële ondersteuning van de ambulante en residentiële kinder- en jeugdpsychiatrie voor zowat 350 voltijdse equivalenten, voor een bedrag van zowat 29 miljoen euro. Voor de investeringen in de andere niveaus, die natuurlijk van een andere grootteorde waren, moet u zich tot de Gewesten en de Gemeenschappen richten.

Nu kom ik tot de vragen over de terugbetaling van de psychologische zorg. In het regeerakkoord stond dat de regering ging onderzoeken in hoeverre de terugbetaling van psychologische zorg in de eerste lijn kan worden ontwikkeld. Bij aanvang van dat onderzoek heb ik gezegd dat ik ook al een eerste stap wilde zetten, getuigd op de terechte vraag om ook in de eerste lijn psychologische zorg terug te betalen. Het heeft veel

moeite gekost om 22,5 miljoen euro vrij te maken in de begroting van 2019. Misschien is dat bedrag gering, mevrouw Merckx, als u dat vergelijkt met de bedragen die volgens sommigen voorhanden moeten zijn, maar het was wel een eerste historische stap, omdat er voordien gedurende vele jaren nul euro voor was uitgetrokken. Ik heb natuurlijk een veel hoger bedrag gevraagd, maar ik heb het niet gekregen. Wij moesten dus roeien met de riemen die we hadden.

De terugbetaling is gestart op 1 april en is geregeld in een overeenkomst tussen het RIZIV en elk van de in totaal twintig netwerken voor geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Die netwerken, bekend als de artikel 107-netwerken, hebben zich goed ontwikkeld en functioneerden goed, wat ons de mogelijkheid bood om een en ander sneller te implementeren. De 65-plussers zijn uit de boot gevallen, omdat zij oorspronkelijk niet in die netwerken thuishoorden, waardoor de maatregel niet op hen van toepassing was. Het komt er nu echter niet op neer aparte netwerken voor 65-plussers te ontwikkelen, maar de maatregel gewoon uit te breiden.

Die zorg werd duidelijk gepositioneerd op de eerste lijn. Het ging om generieke psychologische zorg voor problemen die nog niet vergevorderd zijn, maar zich nog in een beginstadium bevinden. Wij willen namelijk sneller ingrijpen om escalatie te voorkomen. De sessies worden verstrekt door klinische psychologen en in een minderheid van de gevallen door klinische orthopedagogen.

Met dat budget kunnen voor het hele land jaarlijks ongeveer 575.000 sessies worden terugbetaald. Om te vermijden dat het budget kan worden overschreden, is er per netwerk een maximaal aantal sessies vastgesteld dat per jaar kan worden terugbetaald. Elk netwerk is verantwoordelijk om die capaciteit te verdelen over de klinisch psychologen en orthopedagogen binnen zijn regio.

Binnen de FOD Volksgezondheid zijn twee psychologen aangesteld die de implementatie van de terugbetaling begeleiden op het terrein. Daarenboven wordt de zeswekelijkse uitvoering gezamenlijk besproken door de directies van de FOD en het RIZIV. De laatste volledige cijfers van de netwerken hebben betrekking op de eerste vier maanden van terugbetaling, van april tot en met juli. In die opstartfase werd slechts een deel van de capaciteit benut: in juli was dat nog maar 25 %. Wij merken nadien wel een overduidelijke stijging van het gebruik van het budget, maar dat wordt dus pas na vier maanden opnieuw vastgesteld.

Een belangrijk deel van de terugbetalingscapaciteit blijft onbenut, zeker in de eerste vier maanden. Dat is natuurlijk betreurenswaardig, want er is lang en hard geroepen om het mogelijk te maken, maar dat is niet uitzonderlijk bij de invoering van volkomen nieuwe maatregelen.

Wat hebben wij nog gedaan op het terrein om de nieuwe maatregel bekend te maken? Elk netwerk heeft op korte termijn een werving moeten organiseren voor de klinische psychologen uit zijn regio, zodat die zich kandidaat konden stellen. Het was natuurlijk ook nieuw voor psychologen om een contract te sluiten met een voor hen relatief onbekend netwerk, maar ondertussen loopt het wel. Er is wat syndicaal verzet tegen de tarieven die wij hanteren, maar dat is gelokaliseerd. In elk geval krijgen wij mails van mensen die eerst twijfelden om de stap te zetten – zij moeten dat ook niet voltiids doen, het kan ook partieel, voor het gewenste aantal patiënten per week of per maand – en die nu wel blij zijn dat zij het gedaan hebben, omdat zij nu mensen bereiken die vroeger pas veel later naar een consultatie zouden zijn gekomen. Psychologische zorg is immers een van de meest uitgestelde zorgnoden.

Desondanks hebben tot in juni reeds meer dan vierhonderd klinisch psychologen zich geconventioneerd, net als een minderheid van de klinisch orthopedagogen, die ook minder talrijk zijn. De netwerken werden opgeroepen om actief te blijven rekruteren.

De verwachting is dat psychologen die een goede ervaring hebben met de terugbetaling en met de samenwerking met hun netwerk hun aantal sessies nog kunnen verhogen. Dan zal ook de benuttingsgraad van de capaciteit toenemen. Er wordt ook aan gewerkt om de terugbetaling nog meer bekendheid te laten verwerven bij patiënten en vooral bij potentiële verwijzartsen. De patiënten dienen immers door hun huisarts of psychiater doorverwezen te worden aan de hand van een voorschrift.

Er zijn verschillende initiatieven genomen om daarover meer inlichtingen te geven, zoals brochures en informatiesessies voor de huisartsen. Dat werk blijven wij voortzetten. Sinds de beslissing om een budget vrij te maken hebben mijn kabinet en de administraties meermaals overleg gepleegd met de beroepsverenigingen van psychologen en orthopedagogen, maar ook met de ziekenfondsen,

artsenverenigingen en ziekenhuiskoepels. Dat wil niet zeggen dat wij ook daar weer op alle wensen kunnen ingaan. De verwijzing door een arts ligt moeilijk bij sommigen. Klinisch psychologen zeggen dat zij een autonoom beroep hebben en rechtstreeks patiënten kunnen ontvangen, zonder doorverwijzing. Dat is ook zo en dat blijft ook zo, maar voor de terugbetaling is de doorverwijzing wel nodig.

Door de beroepsverenigingen wordt er ook gezegd dat het tarief te laag is, maar het gaat om berekeningen die wat redelijkheid in de tarieven moesten brengen. Men komt natuurlijk van een tarief waarvoor niet in een terugbetaling was voorzien. Het was dan ook een bijna vrij tarief. Er is geen fiscale fiche. U begrijpt dat het een gevoelig punt is, hoewel niet bij iedereen.

Het zijn verdedigbare principes, die door de regering zijn vastgesteld, vanuit de bezorgdheid om toch aan zoveel mogelijk personen eerstelijnszorg te kunnen bieden en daarbij binnen de toegekende enveloppe te blijven. De terugbetaling zal na vier jaar door een wetenschappelijke equipe geëvalueerd worden.

Die evaluatie zal ook worden voorafgegaan door een bevraging van de deelnemende psychologen en orthopedagogen. Er is ook een begeleidingscomité opgericht, waarin alle betrokken actoren vertegenwoordigd zijn, dus ook de psychiaters, ziekenhuizen, ziekenfondsen, huisartsen, klinisch psychologen en orthopedagogen.

Mevrouw Merckx, u zegt dat men heeft berekend dat er 400 miljoen nodig is. Dat zal wel zo zijn. Er is immers een grote nood aan psychologische ondersteuning. Het is onbegrijpelijk dat daarvoor in dit land nooit enige terugbetaling werd georganiseerd.

Ik heb daarvoor gepleit in aanloop naar de verkiezingen. Er moet een uitbreiding komen naar de 65-plussers, want psychologische problemen stoppen niet op 65 jaar.

Er moet daarvoor ook in veel meer geld worden voorzien. Dat is een eerste stap die hier wordt gezet. Ondanks het feit dat dit niet was vooropgesteld in het regeerakkoord, wordt er hiervoor toch geld uitgetrokken. Ik ben benieuwd hoe daarop verder zal worden gebouwd.

Een andere verzuchting was dat men een nomenclatuurnummer wil en dus autonoom wil kunnen handelen. Binnen een gesloten enveloppe met een nomenclatuurnummer werken is gewoon niet mogelijk.

Ik vind ook dat de huisarts zijn rol heeft te spelen in de beslissing om iemand naar een bepaalde psycholoog door te verwijzen voor een bepaalde klacht. Soms heeft men niet de tijd om dat te doen of gaat het om te ernstige problemen en moet men andere maatregelen nemen.

Wij komen van een situatie waarin onze eerstelijns geestelijke gezondheidszorg de voorbije jaren heel weinig of geen middelen kreeg, en waarbij er een omgekeerde organisatie van onze geestelijke gezondheid was. Er was heel veel supergespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg, vooral in de hospitalisatiesfeer, maar er was heel weinig aandacht voor de eerstelijnszorg. De huisartsen hebben de moeite gedaan om te proberen die patiënten op te vangen. Er zijn groepspraktijken die psychologen aantrekken om naar hen te kunnen doorverwijzen en er is samenwerking tussen huisartsenpraktijken en individuele of kleine groepspraktijken met psychologische zorgverstrekkers.

Welnu, als men niet via die centra ging, was het eigenlijk een dure zaak en dus niet voor iedereen toegankelijk. Bij de CAW's zag men dan weer ellenlange wachtlijsten. Dat waren echte drempels. Wij hebben de wachtlijsten bij de CAW's korter kunnen maken dankzij de besteding van dat budget.

Als men één ding moet doen in de volgende legislatuur, is dat men daarop verder bouwt. Het zal stap voor stap moeten gebeuren en het zal geld kosten. U vindt daarvoor in mij een partner.

05.05 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, dat u ook inziet dat voor de klinisch psychologen nog wat meer mag uitgetrokken worden, stemt mij tevreden. Ik hoop dat uw opvolger of uzelf, mocht u uzelf opvolgen, de volgende legislatuur daarnaar zal handelen.

05.06 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, ik wil na uw antwoord toch een aantal elementen in het debat brengen. U hebt ervoor gekozen om de verwijzing door de huisarts naar de psycholoog verplicht te maken. Dat contrasteert met het feit dat de verwijzing naar de specialist nog steeds niet gekoppeld is aan een terugbetaling, terwijl wij er zeker van zijn dat die methode kostenbesparend zou kunnen zijn.

Is het in het kader van een eerstelijnspsychologie nodig dat iedereen via de huisarts passeert? Men moet dan ook nog eens de huisarts betalen. Bovendien is er soms een groot taboe om met een bepaalde problematiek naar een psycholoog te stappen. Zal men dat dan wel aan de huisarts vertellen? Dat kan soms een extra drempel vormen. Dat u daarbij allerlei criteria oplegt, waaronder de leeftijd, namelijk tussen 18 en 65 jaar en de soort pathologie, maakt het voor de huisarts, zoals ik, erg complex om door te verwijzen.

Trouwens, in tegenstelling tot België, waar er geen terugbetaling geldt, worden in Duitsland de sessies – een familielid van mij is daar psycholoog – volledig terugbetaald door de sociale zekerheid. En Duitsland doet het als land toch niet minder goed dan ons land?

Ten slotte, 95 % van de huisartsen zegt minder medicatie te zullen voorschrijven, indien de psycholoog terugbetaald wordt. Dat argument is toch best wel belangrijk. Het RIZIV gaf 68 miljoen uit in 2017 voor de acht meest voorgeschreven antidepressiva. Ons land is ter zake koploper. Een terugbetaling kan dus kostenefficiënt werken.

05.07 Minister **Maggie De Block**: Wij voerden ontradingscampagnes tegen het gebruik van benzo's en antidepressiva. Er moest echter iets tegenover staan, met name de terugbetaling van de psycholoog. Ik herhaal dat iemand ook rechtstreeks naar de psycholoog kan gaan, zij het zonder terugbetaling. Daarom is het jammer dat er vroeger eigenlijk geen geld voor is uitgetrokken.

Gezondheid is voor mij holistisch. De lichamelijke en mentale gezondheid zijn een geheel. Het ene beïnvloedt het andere. Ze zijn onlosmakelijk met mekaar verbonden.

Ik zeg niet dat het anders niet kan, maar het is nuttig dat ook de huisarts op de hoogte is dat iemand naar een psycholoog gaat, gewoon om te weten dat hij of zij ook een mentaal probleem heeft. Dat kan immers een invloed hebben op de lichamelijke symptomen. Bijvoorbeeld, buikpijn bij een kind kan verschillende oorzaken hebben. Het kan een kwaaltje in de buik zijn, maar het kan ook om een kind gaan dat zich echt niet goed voelt.

05.08 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, in dat geval is het belangrijk naar de psychologen te luisteren die dat argument aanbrengen. Vaak zullen patiënten naar een psycholoog gaan voor zaken die zij aan niemand anders dan aan de psycholoog vertellen.

Het is globaal gezien beter dat de huisarts op de hoogte is, maar vanuit mijn ervaring van twintig jaar huisarts kan ik zeggen dat mijn patiënten mij sommige zaken niet vertellen. Dat is gewoon zo.

05.09 Minister **Maggie De Block**: Ik beweer ook niet dat de patiënten alles aan de huisarts moeten vertellen wat zij aan de psycholoog vertellen. Elk heeft zijn kunde.

Ik heb ook patiënten doorverwezen en daarna gewoon gevraagd of zij naar de psycholoog waren geweest. Zij antwoorden dan bevestigend, maar ik heb niet gevraagd wat de psycholoog of wat de patiënt heeft verteld.

Ik ben het ermee eens dat een patiënt het recht heeft zaken alleen aan de psycholoog toe te vertrouwen. Wij hebben daarmee trouwens ook rekening gehouden in het dossier. Niet iedereen wil dat dergelijke zaken in zijn of haar overzicht staan. Ik ga daarmee akkoord.

Wij moeten gezondheid van de mens meer holistisch benaderen. Wat is een gezond mens? Dat is een mens die zich goed voelt in zijn vel en bij wie alles normaal functioneert.

Dat hebben wij te lang niet gedaan. Wij hebben ons te lang alleen op de lichamelijke en organische aandoeningen gefixeerd, terwijl het ene het andere kan katalyseren.

Het is inderdaad absoluut niet nodig aan de huisarts te vertellen wat men aan zijn of haar psycholoog vertelt. Dat is een ander verhaal. Ik vind alleen dat de huisarts moet weten dat er hulp wordt gezocht en dat die de patiënt moet kunnen aanraden om hulp te zoeken, want dat is belangrijk.

De **voorzitter**: Ik zie dat u elkaar vindt, nu moet u alleen nog de middelen vinden.

05.10 Nawal Farih (CD&V): Mevrouw de minister, ik hoorde u spreken over de ontradingscampagne inzake antidepressiva, maar ik heb nog geen antwoord gekregen op mijn vraag. Werd er een daling vastgesteld na die ontradingscampagne en hebt u zicht op de vrijgekomen budgetten?

Hebt u ten gevolge daarvan initiatieven genomen om die budgetten prioritair in te zetten voor terugbetalingssystemen?

05.11 Minister Maggie De Block: (...) maar ook voor anxiolytica. De antidepressiva zitten in onze cijfers, de anxiolytica worden niet terugbetaald, dus die niet.

U kunt die cijfers opvragen. Die ken ik nu echt niet uit het hoofd. Zoals bij elke ontradingscampagne hebben wij modules voor huisartsen gemaakt. Die kunnen door anderen uitgelegd worden, bijvoorbeeld op bijeenkomsten of op rondetafelconferenties met huisartsen.

Zoals alle ontradingscampagnes moeten die herhaald worden. Wij hebben de huisartsen wel aan onze kant. Een aantal huisartsen zal lesgeven aan anderen en zo gaat de kennis altijd verder.

Wij zijn natuurlijk kampioen pillen slikken. Die ontradingscampagnes zullen zeker voortgezet moeten worden.

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

06 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe aan Maggie De Block** (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het overmatige suikerverbruik" (55000642C)
- **Nawal Farih aan Maggie De Block** (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het overgewicht bij jongeren" (55001055C)
- **Nawal Farih aan Maggie De Block** (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het overgewicht bij jongeren" (55001275C)

06 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe à Maggie De Block** (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La surconsommation de sucre" (55000642C)
- **Nawal Farih à Maggie De Block** (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'obésité chez les jeunes" (55001055C)
- **Nawal Farih à Maggie De Block** (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les jeunes en surpoids" (55001275C)

06.01 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, naar aanleiding van de Week van het Hart waarschuwde de Belgische Cardiologische Liga voor het overmatig gebruik van suiker in onze voeding. Met 30.000 doden per jaar zijn hart- en vaatziekten de voornaamste doodsoorzaak in België. Te veel suiker eten leidt tot obesitas en op lange termijn tot diabetes. Een Belg op twaalf is nu al diabeet. Tegen 2030 zal het één op tien zijn. De helft van de diabetespatiënten sterft door cardiovasculaire problemen, aldus de BCL.

De acties in verband met de consumptie van zout, waarbij u een akkoord kon afdwingen met de bakkers om minder zout te gebruiken in hun producten, bewijzen dat dergelijke maatregelen wel degelijk werken. Aangezien het zoutgehalte van de voeding enorm daalde zonder de invoering van een zouttaks pleiten we voor de afschaffing van de zogenaamde suikertaks. We noemen die onverbloemd een verdoken belasting. In de plaats daarvan moet men honderd procent inzetten op preventie en sensibilisering.

Mevrouw de minister, zult u inzetten op preventieve acties om vooral de jeugd te wijzen op de gevaren van te veel suiker eten en drinken? Zult u daarbij samenwerken met scholen, jeugdclubs en jeugdverenigingen?

Hoeveel bracht de suikertaks sinds de invoering op voor de regering? Is er sinds het invoeren van de suikertaks een aanzienlijke vermindering van de consumptie van gesuikerde frisdranken?

Zult u onderhandelen met de voedingssector om ook het suikergehalte van onze voeding te doen dalen? Welke concrete plannen hebt u daarvoor?

06.02 Nawal Farih (CD&V): Mevrouw de minister, ik wil graag weten hoe de overheid ervoor gaat zorgen

dat er minder reclame voor ongezonde voeding te zien is in het openbaar.

Zal er werk worden gemaakt van een systeem waardoor gezonde producten goedkoper aangeboden kunnen worden aan groepen die in een moeilijke socio-economische situatie verkeren?

06.03 Minister **Maggie De Block**: Dames, het gaat eigenlijk om de combinatie van het innemen van veel calorieën met een sedentair leven, met te weinig beweging. Zowel de inname als het verbruik is dus belangrijk. Als deze niet in evenwicht zijn, dan kan dit leiden tot het ontstaan van zogenaamde voedingsgerelateerde niet-overdraagbare aandoeningen. In het internationale jargon noemt men dit *nutrition and diet-related noncommunicable diseases*.

We hebben het dan onder meer over hart- en vaatziekten, diabetes en kanker.

De gevolgen van een onevenwichtig dieet en te weinig beweging zijn groot voor zowel het individu als de samenleving, want de druk op de uitgaven voor gezondheidszorgen stijgt daardoor.

Wij hebben er dus alle belang bij om de ontwikkeling van deze aandoeningen te voorkomen. Dat kan alleen door samenwerking.

De hefbomen voor preventie behoren tot mijn grote spijt vooral tot de bevoegdheid van de deelstaten, niet omdat men dat in de deelstaten organiseert, maar omdat ze daarvoor te weinig middelen hebben en er ook te weinig middelen voor uittrekken. Ik nodig u uit om het budget voor preventie te bekijken, mevrouw Sneppe. Dan weet u genoeg.

Er moet ook meer sensibilisering komen over evenwichtige voeding, al op school en ook via het Vlaams Instituut Gezond Leven of l'Agence pour une Vie de Qualité, l'AviQ, en door het aanmoedigen van beweging, vooral ook door sporten op school en het uitbouwen van de fietsinfrastructuur om op een veilige manier met de fiets naar school te kunnen gaan.

Daar is een grote sensibilisering mogelijk, mevrouw Sneppe, vooral op het niveau van de deelstaten.

Ik heb gewerkt, zonder te raken aan de deelstaatbevoegdheden, met de instrumenten die ik had om de gezonde keuze voor voedingsproducten ook gemakkelijk te maken. Ik heb gekozen voor de invoering van de Nutri-Score in België, een voedingslabel met vijf kleuren en vijf letters, dat de consument in staat stelt om gemakkelijk de algemene nutritionele kwaliteit van het product te beoordelen.

We zijn daarin de Fransen gevolgd en we worden nu ook door andere landen gevolgd.

Het is zo dat meer en meer voedingsbedrijven de Nutri-Score beginnen te gebruiken en warenhuisketens het label op hun huismerken plaatsen.

Om de samenstelling van voedingsproducten op de Belgische markt te verbeteren, sloot ik in de voorbije regeerperiode, in 2015, een Convenant Evenwichtige Voeding met de voedingsindustrie en de distributie. U kunt dat terugvinden via de site.

Dat convenant bevat becijferde reducties in calorieën van producten in onze winkelrekken, bijvoorbeeld voor zuivel, voor koekjes of voor chocoladeproducten. Wij hadden streefdoelen bepaald voor de reductie van calorieën, van suikers, vetten en zout, maar ook voor de vermeerdering van vezels die een belangrijke rol spelen.

Het is nodig daar nu een vervolgconvenant op te maken en mijn diensten bekijken dat al, maar daarvoor moet er een nieuwe regering met volheid van bevoegdheden zijn. We hebben daar al een evaluatie van gehouden en de resultaten waren goed. Ik geef het voorbeeld van de ontbijtgranen. Mensen laten dikwijls hun boterham met choco voor ontbijtgranen, maar dat is niet altijd gezonder, want er zijn ook ontbijtgranen die heel veel suikers bevatten.

Mevrouw Farih, u had het erover dat reclame voor bepaalde zaken verleidelijk kan zijn. Onze initiatieven hebben zich eerst en vooral gericht op reclame waarvoor kinderen en jonge mensen vatbaar zijn. Dat gebeurt zowel in de cinema's als op tv. Daar willen we de reclame beperken tot producten die aan bepaalde nutritionele standaarden voldoen. Dat was eigenlijk een vervolg op het convenant, de Belgian Pledge, één

van de meest vooruitstrevende in Europa. U kunt dit terugvinden op de website. Daar deden toen meer dan veertig bedrijven aan mee, waaronder ook grote hamburgerketens als McDonald's. Het gaat dus niet enkel over de industrie die de grondstoffen aanreikt, maar ook over het verloop, hoe dit bij de kinderen terecht komt. Wij hebben een maximum aantal bedrijven bereikt, maar dit zou op Europees niveau moeten worden verdergezet.

Mevrouw Sneppe, u bent goed geplaatst voor de vraag naar de opbrengst van de zogenaamde frisdrankentaks. Eigenlijk valt dit onder de bevoegdheid van de toenmalige minister van Financiën, die nu in Europa zit, maar u kunt uw vraag aan de huidige minister van Financiën stellen, die daarvoor bevoegd blijft.

Mevrouw Farih, wij hebben in de voorbije regeerperiode gesprekken gevoerd over het goedkoper maken van gezonde voeding met de toenmalige minister van Financiën, de heer Van Overtveldt. Hij heeft toen gezegd dat een verlaging van de btw op bijvoorbeeld fruit en groenten van 6 % naar 0 % niet mogelijk was omwille van Europese regelgeving. Dit bleek inderdaad het geval te zijn.

Ik neem aan dat dit nog steeds geldt, hoewel het een goede hefboom zou zijn om fruit en groenten goedkoper te maken.

Wat de interfederale samenwerking betreft is er in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op mijn initiatief een permanent platform voor de uitwisseling van informatie over voeding en gezondheid gecreëerd. Voor een gezamenlijk plan van aanpak omtrent voedingsgerelateerde niet-overdraagbare aandoeningen bleek het nog te vroeg. De deelstaten hebben in de voorbije regeerperiode namelijk nog een eigen beleid op poten moeten zetten door de bevoegdheden die zij met de zesde staatshervorming hebben geërfd. Voor enkele concrete dossiers, zoals de organisatie en de financiering van de volgende voedselconsumptiepeiling, die in kaart zal brengen of de Belg al dan niet evenwichtig eet en welke evoluties daarin te zien zijn, hebben wij wel goed kunnen samenwerken met de deelstaten, waardoor die peiling wel georganiseerd zal worden.

Overmatig suikerverbruik blijft dus een aandachtspunt. De klemtoon blijft liggen op voldoende beweging. Consumenten moeten natuurlijk ook nagaan wat zij in de winkel aankopen. Wie geen ongezonde zaken koopt, kan die thuis ook niet opeten of niet aan zijn kinderen geven. Dat is eigenlijk de truc van de voor.

De **voorzitter**: Zo leren we hier zelfs trucjes.

06.04 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, wat de opbrengst van de frisdranktaks betreft, weet ik niet of ik goed geplaatst ben om de voorgaande minister van Financiën erop aan te spreken, maar ik zal dat uiteraard wel doen.

Ik heb nog een bijkomende vraag over het Convenant Evenwichtige Voeding. U suggereert dat de volgende regering daarop moet voortbouwen. Wat zal in de toekomst de inhoud van dat convenant zijn?

06.05 Minister Maggie De Block: Voor elk van de doelstellingen in het eerste convenant weten wij waar we zijn geraakt. Sommige doelen werden ruim bereikt, maar inzake chocolade zijn wij onder het vooruitgeschoven doel gebleven. Blijkbaar is het zeer moeilijk om het suikergehalte in de Belgische chocolade te verminderen zonder dat de smaak te bitter wordt, waardoor het niet mogelijk was om die doelstelling te bereiken. Voor producten zoals chocolade hebben wij daarom gevraagd om de porties minder groot aan te bieden, bijvoorbeeld door kleinere repen te verkopen.

Ik denk ook aan de kant-en-klare salades, waarvoor wij verkregen hebben dat de dressing apart wordt bijgevoegd en waarin de hoeveelheid aangeboden groenten is toegenomen, zodat die bowls minder overige voedingswaren, zoals croutons of pasta bevatten.

De vraag van de Belgische voedingsindustrie was om te werken op een manier waarbij de consument het lekker blijft vinden. In onze rekken liggen immers niet alleen Belgische voedingsmiddelen maar ook buitenlandse. Ons brood is het minst zoute. Als men naar Frankrijk gaat, heeft men de indruk dat men zouter brood eet. En dat is ook zo. Wij hebben dat beetje bij beetje laten zakken.

Aan frisdranken wordt ook verder gewerkt. Wij komen daar van hoge suikergehaltes. Maar daar daalt het suikergehalte, zonder dat men het merkt. Wij zijn zeer gevoelig aan suiker; als het te drastisch gaat, vinden wij het niet meer lekker.

Wij weten hoever wij reeds gezakt zijn en waar wij heen kunnen gaan binnen vier à vijf jaar. Er moeten daar nieuwe streefdoelen komen. Wij laten dat controleren. Bij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid worden de metingen gecontroleerd. Er is een autocontrole, maar wij doen ook nog een controle van hun metingen. Zij hebben dat aanvaard. Dat is een objectieve manier van werken, want anders kan men zeggen wat men wilt. Dat is een goede manier van werken.

Ook in ketens moet men ook gezonde zaken aanbieden en niet alleen vettigheid, zout en suiker op een hoop.

Wij hebben de JEP, de instantie die de reclame voor kinderen beoordeelt, ook meer slagkracht gegeven, want kinderen zijn zeer gevoelig voor reclame voor koekjes, chips en dergelijke.

Het is een goede manier van werken geweest en ik wil aanraden om het voort te zetten.

De **voorzitter**: Ik wil de leden er even aan herinneren dat het de bedoeling is dat zij een vraag of meerdere vragen stellen, waarna de minister kan antwoorden en zij kunnen repliceren. Als er elke keer nieuwe vragen worden gesteld, dan moet de minister weer antwoorden. Zij doet dat met plezier en dat is allemaal interessant, maar zo raken wij natuurlijk niet vooruit.

Mevrouw Sneppe, u hebt geen opmerkingen meer? (*Instemming*)

Mevrouw Farih, wenst u nog iets toe te voegen?

06.06 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik zal wat tijd besparen. Ik heb geen extra vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De erkenning van zeldzame ziekten" (55000655C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La reconnaissance des maladies rares" (55000655C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, er is de laatste tijd heel wat te doen over zeldzame ziekten. Denken we maar aan Pia en Maxime. Volgens gegevens van het Vlaams Patiëntenplatform wordt 6 à 8 % van de bevolking getroffen door een zeldzame ziekte. Dit gaat gepaard met zware medische kosten waardoor het voor zulke patiënten vaak financieel niet meer haalbaar is.

Ik heb de volgende vragen voor u, mevrouw de minister.

Welk beleid voert de minister in verband met de erkenning van zeldzame ziekten? Heeft de minister cijfers in verband met het aantal zeldzame ziekten – qua soort ziekte – die voorkomen in België en het aantal personen met een zeldzame ziekte? Kan de minister zodoende berekenen wat het zou kosten om die zeldzame ziekten te erkennen? Zal de minister haar beleid aanpassen, zodat alle zeldzame ziekten erkend kunnen worden en zodat de erkenning vlotter verloopt?

07.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Sneppe, ik meen dat we één zaak de wereld uit moeten helpen, namelijk dat ons verzekeringssysteem in de gezondheidszorg gebaseerd zou zijn op de erkenning van ziekten. Ik lees voortdurend dat ik dit of dat moet erkennen, maar zo werkt dat niet. Ons systeem is gebaseerd op de beoordeling van de behoeften van alle patiënten en de antwoorden die daarop kunnen worden gegeven.

Een zeldzame ziekte kan tot dezelfde behoeften leiden als een niet-zeldzame ziekte. Over het algemeen zorgt dit niet voor problemen, aangezien de tegemoetkomingen van onze ziekteverzekering ontwikkeld werden om de bevolking maximaal te helpen. Met andere woorden, een erkenning bestaat gewoonweg niet. Wij werken zo niet.

Er bestaan op het vlak van zeldzame ziekten wel specifieke behoeften. Daarvoor werd een Plan voor Zeldzame Ziekten ontwikkeld. Dit plan is er gekomen in 2013 na ontmoetingen tussen verschillende

deskundigen en aanbevelingen door de Koning Boudewijnstichting. In dit plan staan de prioritaire maatregelen voor een betere diagnose en follow-up van zeldzame ziekten. Dit plan werd op 1 januari 2014 geïmplementeerd en verschillende maatregelen werden inmiddels gerealiseerd.

Ik geef even een opsomming: een terugbetaling van specifieke testen inzake klinische biologie, kwaliteitscriteria voor laboratoria voor menselijke erfelijkheid, de erkenning van de functies, de terugbetaling van geneesmiddelen voor 23 indicaties voor zeldzame ziekten, de ETA/ETR-regeling voor snelle toegang tot innovatieve middelen bij bijzondere noden. In het kader van dit plan werd ook een Centraal Register Zeldzame Ziekten ontwikkeld, dat een betere opvolging van het aantal patiënten mogelijk maakt om de behoeften nog beter in te schatten.

Dankzij die registratie in nationale patiëntenregisters zijn op dit moment ongeveer 700 verschillende zeldzame ziektes bekend. Het gaat om ziektes waaraan minstens één van onze Belgische patiënten lijdt. Er wordt daarvoor ook ingezet op de introductie van geschikte zeldzameziektecodes in de informatiesystemen. In België werden reeds voor 10.000 personen met een zeldzame ziekte gegevens verzameld in de nationale patiëntenregisters.

Voor mucoviscidose en neuromusculaire aandoeningen worden jaarlijks ook gegevens verzameld in de specifieke referentiecentra voor die ziektes. Anderzijds leveren de genetische centra gegevens aan het Centraal Register Zeldzame Ziekten. Patiënten die op consultatie gaan en bij wie een genetische ziekte werd vastgesteld, worden op prospectieve wijze geregistreerd. Zo kan aan de door de privacycommissie opgelegde versie van informatieplicht worden voldaan. De lijst van zeldzame ziekten en het aantal patiënten in dat register groeien gestaag aan.

Aangezien de meeste zeldzame ziekten ook chronische ziekten zijn, genieten patiënten bij wie de gezondheidskosten het vastgestelde plafond bereiken verschillende voordelen, zoals een verlaagde MAF. Patiënten met een chronische aandoening voor wie de arts het attest voor zeldzame ziekten invult, krijgen die erkenning voor vijf jaar, in plaats van de gebruikelijke twee jaar. Zij vallen dus niet zo snel uit de MAF-regeling als andere mensen.

Ons beleid is ook gericht op een grensoverschrijdende aanpak, met name voor de raadpleging van deskundigen in andere landen. Wij nemen actief deel aan de Europese *rare diseases networks*. Wij hebben die ook in België opgestart. Tal van wetenschappers zijn ingeschakeld in die Europese *rare diseases networks*. Een paar maanden geleden ben ik bij de Europese Commissie gaan spreken voor 600 deelnemers die daarbij betrokken zijn.

Ons verzekeringssysteem in de gezondheidszorg is inderdaad niet gebaseerd op de erkenning van een aandoening, maar het Plan voor Zeldzame Ziekten maakt wel een snellere en nauwkeurige diagnose van niet-gediagnosticeerde aandoeningen mogelijk.

Ook de ontwikkeling van de genomische geneeskunde is zeker een belangrijke stap voorwaarts voor de diagnose van zeldzame ziekten, waarvan het overgrote deel een genetische oorsprong heeft. We kenden ziekten die beschreven waren, terwijl men niet wist wat er aan de oorsprong van lag. Nu blijkt dat dikwijls een genetische dislocatie of een ander genetisch defect te zijn.

Dat heeft ons geholpen om ze in kaart te brengen, omdat het om soms zeldzame mutaties gaat waarvan er misschien maar één in ons land te vinden is. Een betere en snellere diagnose en het uitstippelen van aangepaste zorgpaden moeten het mogelijk maken om beter aan de behoeften te voldoen. Er is een werkgroep, bestaande uit de erkende functies voor zeldzame ziekten in elk universitair ziekenhuis, verschillende deskundigen inzake zeldzame ziekten en het RIZIV, die hiervoor de middelen en het budget voorstelt.

07.03 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, ik begrijp dat het blijkbaar niet om een erkenning gaat. Er moet echter toch een bepaald systeem bestaan om uit te maken welke ziekte zeldzaam is en welke niet. Misschien heb ik het uit onwetendheid verkeerd verwoord, maar er moet toch een zekere maatstaf zijn om te bepalen of iets een zeldzame ziekte is.

07.04 Minister Maggie De Block: Als de diagnose een ziekte oplevert die maar een paar keer voorkomt bij 100.000 mensen, dan is dat een zeldzame ziekte. Die groep is gekend. Het kan om één persoon gaan of er kunnen, zoals in het geval van mucoviscidose, meer patiënten zijn. Nu kunnen wij echter op genetisch

niveau al associaties maken tussen de zaken die beschreven worden in de ziekte van die mensen. Doordat men die genetische analyse nu kan maken, komen er ook in sneltreinvaart gevallen bij.

Vaak gaat het dan maar om één geval of om drie in heel ons land. We zijn daardoor genoodzaakt om op Europees niveau samen te werken, om met grotere patiëntengroepen sneller te kunnen bepalen wat deze mensen nodig hebben en hoe de ontwikkeling van hun ziekte verloopt tijdens hun leven. Als men bijvoorbeeld stapelingsziekte neemt, dan ziet men een analoog verloop. Als men echter maar twee gevallen kent, dan kan men niet weten wat de consequenties ervan zullen zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Opioïde pijnstillers" (55000731C)

- Laurence Zanchetta aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het opiatengebruik" (55000763C)

08 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les antidouleurs opioïdes" (55000731C)

- Laurence Zanchetta à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La consommation d'opiacés" (55000763C)

08.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, ik had mijn vraag ingediend in de zomer naar aanleiding van het verhaal van de twee jongens die in Italië gestorven zijn door een combinatie van drank en opioïde pijnstillers. Het betrof vermoedelijk eerder lucratief gebruik, maar in dezelfde periode was er ook een publicatie in de Nederlandse pers over het hoger aantal opioïde pijnstillers dat wordt voorgeschreven. Er worden er meer voorgeschreven en zij worden ook voorgeschreven voor meer indicaties: terwijl opioïde pijnstillers vroeger gereserveerd waren voor terminale kankerpatiënten, worden zij nu, toch zeker in Nederland, al vaker voorgeschreven bij chronische pijn of na een operatie.

Ik heb het gevoel dat dat ook in België het geval is, maar ik heb daar geen cijfers over. Vandaar mijn vragen. Bij langdurig gebruik zijn deze middelen immers sterk verslavend. Men wordt ontwenningsverschijnselen gewaar bij de stopzetting van het gebruik ervan, waardoor patiënten ze blijven nemen.

Ik heb de volgende vragen, mevrouw de minister.

Is er in België ook een toename van de voorschriften voor opioïde pijnstillers? Hebt u daar cijfers over? Indien er sprake is van een stijging, zult u dan maatregelen nemen om ze te beperken?

08.02 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, madame la ministre, les médicaments opiacés sont des antidouleurs dérivés de l'opium, à l'origine d'une crise sanitaire sans précédent aux États-Unis. Ils seraient en effet responsables de la mort de plus de 300 000 Américains depuis 2000.

Selon un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, la prescription d'opioïdes forts a augmenté d'environ 150 % entre 2006 et 2017, en France. Le nombre d'hospitalisations a augmenté dans les mêmes proportions, concernant près de 2 600 personnes en 2017. On estime que quatre personnes meurent chaque semaine d'une surdose d'antidouleur opioïde en France.

Madame la ministre, si ces médicaments ont un intérêt médical incontestable, ils ont également tendance à entraîner une dépendance certaine chez les patients, avec des conséquences importantes: risque de dépression respiratoire, de coma voire de décès par surdose. En raison de l'augmentation rapide du nombre d'intoxications, d'hospitalisations et de décès dans d'autres pays, il me semble que nous devrions nous montrer vigilants sur la question.

Disposez-vous de chiffres relatifs à la consommation d'opiacés dans notre pays? Quelle est l'évolution de la prescription d'opiacés? Une analyse de celle-ci vous semble-t-elle nécessaire? Des chiffres sont-ils disponibles concernant les conséquences de leur consommation en termes d'hospitalisations et de décès? Des mesures devraient-elles être prises pour en limiter la consommation et en éviter la dépendance?

08.03 Minister **Maggie De Block**: Dank u wel, collega's. Ik verwijs naar een recente studie van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. In deze studie werden de verbruiksgegevens van vijf opioïden tussen 2006 en 2017 in kaart gebracht. Het betreft tramadol plus combinaties, oxycodone plus combinaties daarvan, tilidine, fentanyl en piritramide.

À travers sa banque de données Pharmanet, l'INAMI dispose de chiffres relatifs au remboursement de médicaments vendus dans les officines publiques. Ces statistiques ne représentent qu'une partie de la consommation de médicaments. Dans le cas des analgésiques opioïdes vendus en pharmacie, une comparaison avec la banque de données d'IMS (qui reprend toutes les délivrances) montre que la source Pharmanet couvrait 83 % des traitements en *defined daily doses* (DDD) en 2018.

Lorsque l'on examine l'évolution des remboursements d'opioïdes en pharmacies au cours des treize dernières années, on constate un accroissement de 73 % du volume en DDD de cette classe de médicaments, contre 60 % pour l'ensemble d'autres médicaments remboursés. Le nombre de patients ayant reçu au moins un conditionnement de cette classe durant l'année a pratiquement doublé et dépasse désormais le million. La progression des remboursements dans les hôpitaux est plus limitée, avec une augmentation de 13 % du volume en DDD au cours de la même période.

De gegevens tonen aan dat er inderdaad een toename van het aantal voorschriften voor opioïde pijnstillers bestaat in België. Het aantal DDD's stijgt van 43,7 miljoen naar 79,4 miljoen over deze periode en ook het aantal gebruikers verdubbelt.

Uit een bijkomende analyse van de gegevens werd tevens vastgesteld dat een klein percentage van de patiënten verantwoordelijk is voor een groot deel van het verbruik. Drie procent van de patiënten die opioïde pijnstillers gebruikt, gebruikt 34 % van alle opioïden. U ziet dat daar een disproportie is.

Wanneer de analyse per geneesmiddel wordt gedaan, zien we bijvoorbeeld dat 2,8 % van de patiënten 55 % van de piritramiden gebruikt en 11 % is verantwoordelijk voor 63 % van het gebruik van tilidine. Als men het gebruikt, gebruikt men veel. Dat is natuurlijk het gevaar.

Als we kijken naar de grote consumenten, met meer dan 700 DDD's op jaarbasis, dan zien we dat 0,8 % van de verzekerden 15 % van alle opioïde pijnstillers gebruikt. Het is tekenend dat er misbruik is door een kleine groep met een hoog gebruik.

Op initiatief van het RIZIV is er een overleg tussen Sciensano, de FOD Volksgezondheid, het FAGG en het RIZIV. Deze werkgroep volgt de situatie op de voet en bekijkt meerdere opties om het misbruik aan te pakken.

Het wordt allemaal voorgeschreven. Men zou het kunnen beperken tot het voorschrijven in bepaalde specialismen, postoperatief en het nauwgezet opvolgen van patiënten met een groot verbruik. We weten echter dat patiënten met een groot verbruik hun voorschriften niet op één plaats halen en niet alles bij dezelfde apotheker halen.

En Belgique, nous ne disposons pas de données relatives aux conséquences directes en termes d'hospitalisation et de décès. Néanmoins, au cours des dix dernières années, l'AFMPS a reçu 135 notifications relatives à des opioïdes pour lesquels une hospitalisation et une évolution fatale ont été rapportées. Il s'agit de 103 cas avec hospitalisation et 38 cas avec évolution fatale. Les deux conséquences ont été notifiées six fois.

Cela concernait les opioïdes buprénorphine, codéine, fentanyl, morphine, oxycodone, pentazocine, piritramide tapentadol et tramadol. Cependant, il faut remarquer que le lien de causalité entre l'hospitalisation ou le décès et la prise d'opioïdes n'est pas nécessairement établi pour toutes ces notifications.

Enfin, l'Agence européenne des médicaments a proposé la mise en place d'un groupe de travail afin de monitorer, partager l'information, développer et coordonner des stratégies concernant l'abus, le mésusage et la dépendance aux opioïdes. En marge de cette réflexion européenne, une sensibilisation de nos professionnels de la santé sur un usage rationnel de ces médicaments est importante.

Par ailleurs, l'INAMI a organisé une conférence de consensus sur l'usage rationnel des opioïdes en

décembre 2018 en cas de douleurs chroniques. Elle a émis des recommandations pour un usage adéquat de ces médicaments.

Le Centre belge d'information pharmacothérapeutique a communiqué en 2016 sur l'utilisation des opioïdes dans les douleurs chroniques non cancéreuses et les risques d'abus, de dépendance et, en 2019, sur l'utilisation des opioïdes dans le cadre des douleurs chroniques, de l'arthrose et du dos.

L'AFMPS a mis en place une stratégie pour limiter les tailles et les types de conditionnements des narcotiques. Les informations sont disponibles sur le site web.

Les opioïdes ont un statut de médicament stupéfiant. Cela signifie que les professionnels de la santé qui abusent de la prescription, de l'administration ou de la délivrance de ces médicaments en créant, en traitant ou en aggravant une dépendance peuvent être punis.

Er worden daarop strikte controles gedaan, zowel bij de voorschrijvers als bij de aflevering. Elke dokter, veearts of tandarts die al van die verslavende medicijnen heeft voorgeschreven, kan zich daarvoor moeten verantwoorden voor de Provinciale Geneeskundige Commissie.

Er zijn nog andere maatregelen geïmplementeerd, zoals het verbod op publiciteit voor deze medicatie. Ook het distributiekanaal is gereguleerd, het register bij de apotheker moet worden bijgehouden en er kan daarin worden nagekeken wie het heeft voorgeschreven en of iemand aan shopping doet.

Het is al veel verbeterd met de kaart waarop men kan zien dat er aan shopping wordt gedaan, maar het blijft een uitdaging. Als wij zien wat zich in Amerika voordoet en hoe men daarvan recreatieve cocktails maakt, dan denk ik dat het terecht is dat wij daarop zo hard doorwerken.

Het is een klein deel van onze bevolking dat kampt met een excessief gebruik, maar wij zien het ook opduiken als recreatieve drug. Die twee jongens zijn overleden als gevolg van het gebruik van een combinatie van alcohol en heel zware drugs, zonder voorschrift afgeleverd door een welwillende collega van u in Firenze. Die wordt daarvoor vervolgd, maar daarmee komen die jongens niet terug.

08.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, die welwillende collega, dat keuren wij absoluut niet goed.

Ik vermoed dat een dergelijk risico kleiner is in België, gelet op de controles die er in ons land zijn. U verwees naar het gedeeld farmaceutisch dossier. Het is goed dat wij dat als apothekers kunnen inkijken.

U hebt de maatregelen opgesomd. Die zijn er en dat is goed, maar ik wil ervoor pleiten om binnen die werkgroep te kijken naar een piloottraject of een pilootproject. Er bestaan pilootprojecten voor het begeleiden van het afbouwen van anxiolytica, maar wij zouden daarin ook deze opioïde pijnstillers moeten meenemen.

Die kleine groep patiënten die overmatig gebruiken, moet worden geholpen. U weet dat opioïde derivaten echt verslavend zijn. Er moet daarvoor echt een traject worden uitgestippeld. Dat kan perfect via de apotheek in het kader van een pilootproject.

08.05 Laurence Zanchetta (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Évidemment, les chiffres qu'on entend ne sont pas de nature à nous rassurer devant ce qui pourrait devenir une crise sanitaire. Nous resterons donc très attentifs aux différentes pistes explorées par les divers groupes de travail mis en place.

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

09 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Biosimilars" (55000735C)

- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het gebruik van biosimilars in ziekenhuizen" (55000927C)

09 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les biosimilaires" (55000735C)
- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'utilisation de biosimilaires en milieu hospitalier" (55000927C)

09.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, wij hebben net over biosimilars gesproken bij een vorige discussie. Ik zal het dus kort houden, want de tijd dringt.

Wat mij echter interesseert, is de programmabeheerder die is aangesteld voor biosimilars. Hij zou het gebruik van biosimilars in kaart brengen en ook maatregelen en adviezen voorstellen.

Ik heb hierover de volgende vragen, mevrouw de minister.

Welke acties heeft de programmabeheerder sinds zijn aanstelling ondernomen?

Welke types van adviezen moet hij eigenlijk brengen? Mogen wij adviezen verwachten op het vlak van concrete incentives of quota? Of gaat het over de impact op de ziekenhuisfinanciering – dat heeft er ook mee te maken – en de visie en aanpak van de CTG?

U zei daarnet dat er in de begroting voor 2020 ook maatregelen opgenomen zijn om de biosimilars te stimuleren. Is dat concreet en behoort dat tot het takenpakket van de programmabeheerder?

Binnen welke termijn verwacht u concrete antwoorden, oplossingen en aanbevelingen van de programmabeheerder?

09.02 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, wij zijn de dag gestart met geneesmiddelen en we zullen de dag misschien ook eindigen met geneesmiddelen.

Wij spraken daarnet inderdaad al even over biosimilars in de rand van de discussie omtrent uw begrotingsvoorstel, mevrouw de minister. Ik kom daarop straks nog even terug in de vragen.

De aanleiding voor mijn vraag was echter iets specifiek, namelijk de melding dat er een onderzoek van de Belgische Mededingingsautoriteit (BMA) loopt naar meerdere farmabedrijven. De BMA onderzoekt of er afspraken zouden zijn gemaakt tussen ziekenhuizen en farmabedrijven voor de aankoop van hun duurdere geneesmiddelen door middel van "onwettige praktijken", namelijk het creatief gebruiken van of volgens sommigen zelfs sjoemelen met de procedure inzake openbare aanbestedingen.

Met dat creatief gebruik of sjoemelen, kan men goedkope witte producten, biosimilars, uit de markt duwen. Wij weten het allemaal, België scoort het slechtst in Europa als het aankomt op het gebruik van generische geneesmiddelen in ziekenhuizen. Wat het gebruik van biosimilars betreft, is het nog erger.

Daarstraks is het ook door velen bevestigd, de jongste jaren is er een aanzienlijke groei van de RIZIV-uitgaven voor geneesmiddelen in de ziekenhuizen, terwijl andere segmenten van de farmaceutische sector, niet-ziekenhuizen, een stabilisering of zelfs een daling vertonen volgens sommigen. Vanmorgen zijn die cijfers hier door sommigen herhaald.

Mevrouw de minister, wij weten allebei dat de aankoop en het gebruik van geneesmiddelen in ziekenhuizen wordt gedreven door meerdere factoren. Deze factoren houden onder meer verband met de interne werking en met de financiering van onze ziekenhuizen. Daar is al expliciet naar verwezen.

Hoewel zo'n aanpak te begrijpen is vanuit het standpunt van het ziekenhuis – vele ziekenhuizen gebruiken nu eenmaal de marge op hun apotheek om hun ziekenhuis uit de rode cijfers te houden –, is deze praktijk toch niet congruent met een benadering die een maximale kosteneffectiviteit nastreeft voor onze gezondheidszorgverzekering en dat is toch waar wij naar moeten streven.

Met andere woorden, deze situatie is op termijn niet duurzaam. Medaxes, de koepel van bedrijven van generische geneesmiddelen en biosimilars, stelde in een memorandum voor een deel van de besparing die de verkoop van generische middelen en biosimilars teweeg zou kunnen brengen voor de ziekteverzekering, een goede 270 miljoen euro, te laten terugvloeien naar de financiering van de ziekenhuizen. De ziekenhuizen zien dat dan op de marge op hun apotheek.

Overigens zouden deze financiële prikkels gekoppeld kunnen worden aan het kostenefficiënt gebruik van geneesmiddelen in de ziekenhuizen. Dit zou daarmee verder kunnen worden ondersteund.

Ik heb twee vragen voor u, mevrouw de minister.

Ten eerste, meer algemeen, welke maatregelen zult u nemen? U hebt aangekondigd om met het oog op de begroting 2020 het gebruik van biosimilars verder te stimuleren, wat een potentiële besparing betekent voor de ziekteverzekering.

Denkt u aan quota voor ziekenhuizen, waarover gesproken is in de oefening naar aanleiding van het voorstel van het Verzekeringscomité, weliswaar met het oog op de begroting 2020?

Wat vindt u van het denkspoor dat koepelorganisatie Medaxes voorstelt, om een deel van de besparingen gegenereerd door de verkoop van generische middelen en biosimulair geneesmiddelen in de ziekenhuizen, terug te laten vloeien naar de financiering van de ziekenhuizen, al dan niet samen met het opleggen van een aantal KPI's voor de ondersteuning van kostenefficiënt gebruik van geneesmiddelen?

09.03 Minister **Maggie De Block**: De taak van de programmamanager voor het beleid betreffende biosimulair geneesmiddelen bestaat erin om een landschap te creëren dat het gebruik van biosimulair geneesmiddelen bevordert, om op die manier de duurzaamheid van het biologisch marktsegment te verzekeren. Dat kan onder andere door het verder uitbouwen en delen van academische expertise met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het beleid voor biosimulair geneesmiddelen.

Toen ik begon, stonden wij wat het gebruik van biosimulair geneesmiddelen betreft nergens op de kaart. Wij hadden overall een *uptake* van 0 %. Wij hebben daaraan hard gewerkt. Wij zien een *uptake*, maar die blijft natuurlijk onder de percentages in de landen rondom ons.

Een belangrijk instrument is de realisatie van een studie die belangrijke antwoorden moet geven met betrekking tot de motivering van het voorschrift, de bezorgdheden van artsen en patiënten, de tijdsbesteding voor informatieverschaffing aan de patiënt en andere relevante elementen voor beleidsvoering, en dat in samenwerking met de wetenschappelijke vereniging van de betrokken voorschrijvers en met de patiëntenverenigingen.

U weet dat België een land is waar de vrije therapiekeuze nogal hoog in het vaandel staat. Wij worden geconfronteerd met artsen die er niet van overtuigd zijn dat het veilig is voor de patiënt, of die dergelijke middelen niet kennen en ze daarom niet gebruiken.

Het doel is om tot een actieplan te komen. Momenteel werkt de programmamanager voor het beleid betreffende biosimulair geneesmiddelen samen met de verschillende stakeholders die betrokken zijn bij de initiatieven die uitvoering geven aan het nationaal akkoord tussen artsen en ziekenfondsen uit 2017.

De opdracht van die programmamanager loopt over een periode van twee jaar. Het gaat om het opzetten, uitwerken, begeleiden en analyseren van de studie. Het opmaken van de aanbevelingen voor het beleid zal ook binnen deze periode dienen te gebeuren.

Het plan om gerealiseerde besparingen door het gebruik van biosimilars te herinvesteren, hebben wij reeds gebruikt in het convenant dat ik in 2016 heb afgesloten met de sector van de ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen voor de bevordering van het gebruik van biosimulair geneesmiddelen. De verdeelsleutel was daar 90 % voor het ziekenhuis en 10 % voor de overheid, wel een royale verdeling. Dezelfde filosofie werd ook gebruikt bij het uitwerken van een incentive voor artsen indien zij een bepaalde drempel van voorschriften voor biosimilars van de moleculen adalimumab en etanercept bereiken. Immers, het switchen naar het opstarten van een behandeling met biosimilars vergt een inspanning van de arts die kan worden gecompenseerd door de incentive, gefinancierd door de besparing ten gevolge van het gebruik van de biosimilars. Wij zullen deze maatregel verder evalueren, we moeten hem misschien verfijnen of verder uitzetten.

Daarstraks kwam reeds ter sprake dat wij daarvoor in het begrotingsvoorstel een rubriek hebben opgenomen, rekening houdend met de resultaten die wij hebben gezien met betrekking tot de *uptake* van biosimilars in zowel de ambulante sector als de ziekenhuissector. We zien dan dat er een heel grote variatie

is in de *uptake*, maar met ons gemiddelde zitten we toch wel lager dan in het buitenland. Er zal daarvoor in de schoot van het RIZIV een gemengde taskforce worden opgericht die breder gaat en die concrete voorstellen zal moeten uitwerken. Wij vragen een eerste rapportering tegen 28 februari 2020. We geven drie maanden om de eerste dingen te doen. Die mensen weten waarover het gaat, dus dat zou mogelijk moeten zijn.

Er worden daartoe ook nog enkele nieuwe maatregelen genomen. Ik denk dat het inderdaad belangrijk is dat wij daaraan voortwerken.

Mijnheer Bertels, het was ons altijd een raadsel waarom, ondanks al die incentives, in sommige ziekenhuizen de *uptake* van biosimilars zo weinig werd gedaan of zo traag evolueerde. In dat opzicht kan het nu lopend onderzoek het raadsel misschien ontrafelen. Het gaat om een gerechtelijk onderzoek waarvan wij de resultaten uiteraard moeten afwachten, maar de uitkomst ervan benieuwt mij wel, al denk ik dat het allemaal niet zo snel zal verlopen. Wij gaan daar dus ook niet op wachten, maar we zetten onze werkzaamheden voort.

Zoals ik al zei, door de rondetafels in de schoot van het RIZIV weten wij wat er op ons afkomt aangaande innovatieve oncologische medicatie bij de biosimilars. In de eerstvolgende periode zullen er negen van zulke middelen in grote volumes op de markt komen. Het geldt dat wij daardoor kunnen uitsparen, hebben wij echt nodig om de overige innovaties te kunnen betalen. Er ligt dus echt wel een uitdaging voor ons. Overigens worden veel landen daarmee geconfronteerd. Zo werd er in Noorwegen hard aan gewerkt om het uitgespaarde geld in biosimilars te investeren. Wij hebben sterk ingezet op de aanmoediging van het gebruik van generieke middelen. Voor biosimilars hebben wij vergelijkbare inspanningen gedaan. Voor sommige biosimilars is het gebruik gestegen, wat niet zo moeilijk was, aangezien het gebruik tevoren nul bedroeg.

Wij zien echter wel een groot verschil in *uptake*. Filgrastim heeft bijvoorbeeld 40 % *uptake* in ons land, maar als we de verdeling nader onder de loep nemen, dan zien wij dat 72 % in Vlaanderen zit, en veel minder in Wallonië en Brussel. Welnu, als het gebruik in Vlaanderen al op 72 % zit en in Wallonië en Brussel nauwelijks toeneemt, is een resultaat voor de *uptake* hoger dan 40 % voor dat middel amper haalbaar.

Dat is ook het geval bij heel grote ziekenhuizen, waar er bijna geen *uptake* is. Wij kunnen in dat geval in de kleine ziekenhuizen doen wat wij willen; het cijfer zal niet stijgen.

Het is mij een raadsel, maar ik hoop dat het onderzoek dat bezig is, kan helpen. Ik weet niet vanwaar het komt, maar ik meen dat het voor ons een tipje van de sluier zal kunnen lichten.

09.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik zal het kort houden.

Ik kijk ook uit naar de resultaten van het onderzoek en naar de cijfers die zullen worden gegeven. Het valt echter immers echt wel op. Toen Humira of adalimumab op de markt kwam, meende iedereen in de sector dat de boot vertrokken was en dat patiënten massaal zouden worden geswitcht of dat meteen met de biosimilar zou worden opgestart. Dat gebeurt echter niet.

Er loopt dus iets grondig fout bij de overschakeling. Ik ben benieuwd te zien wat uit de bus zal komen.

09.05 Jan Bertels (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, inzake het onderzoek zullen wij effectief moeten afwachten wanneer de resultaten zullen komen. Dat weten wij immers niet. Ook zullen wij moeten afwachten welke resultaten eruit zullen komen.

Het onderzoek heeft voornamelijk betrekking op opgestelde lastenboeken en op voorwaarden die al dan niet aan lastenboeken worden gekoppeld. Dat zijn zaken die wij moeten meenemen.

Mevrouw de minister, een tweede punt is belangrijker. Het eerste punt is ook belangrijk natuurlijk. Het tweede punt hebt u echter zelf iets meer in de hand.

Wij moeten namelijk effectief een proactief beleid voortzetten. U wijst er immers zelf op dat de *uptake* veel te laag is.

Er zijn ook nog onverklaarbare verschillen tussen landsgedeelten en tussen ziekenhuizen binnen hetzelfde landsgedeelte. Dat is niet normaal. De oefening is waarschijnlijk ook lopende, maar een en ander heeft te

maken met de globale ziekenhuisfinanciering, die op dat vlak dan ook in ogenschouw zal moeten worden genomen.

U hebt gelijk. Er was een oefening met een verdeelsleutel in 2016. Van op een afstand bekeken, leek een verdeelsleutel van 90/10 redelijk, maar de sleutel heeft niet gewerkt. Dat betekent dat voor sommigen de incentive van 90/10 zelfs niet voldoende is en, zoals u zelf hebt aangekondigd, zal moeten worden verfijnd, geëvalueerd en zeker aangepast. Nu komen we er immers niet.

Zult u, in navolging van het eerdere medicomutakkoord en het komende medicomutakkoord, dat hopelijk nog dit jaar gesloten kan worden, maatregelen ondersteunen die in de richting gaan van quota voor de ziekenhuizen? U hebt impliciet verwezen naar het belang van de vrije therapiekeuze, in dit geval van de artsen voor wat zij voorschrijven. Komen er nog incentives inzake het voorschrijfgedrag van artsen? Ook die oefening is al een tijd bezig. Ook op dat vlak is er een groot verschil tussen de voorschrijvende artsen. Wij moeten ook daarop werken. Ik hoop dat er in het rapport, dat het Parlement begin 2020 zal krijgen, concrete acties en kostenefficiënte maatregelen voor onze gezondheidszorgverzekering staan, want anders blijven wij de feiten achterna hollen, terwijl onze buurlanden vooruitgaan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 44.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.44 uur.