

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 11 FEVRIER 2020

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 11 FEBRUARI 2020

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 40 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.40 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes repris en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes remis par les auteurs.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

Le **président**: Les questions n^{os} 55001831C de Mme Yoleen Van Camp et 55001842C de M. Patrick Prévot sont reportées.

01 **Question de Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le financement de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique (UGIB)" (55001843C)**

01 **Vraag van Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De financiering van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België (AUVB)" (55001843C)**

01.01 **Hervé Rigot** (PS): Madame la ministre, comme vous le savez, l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) rassemble 43 organisations professionnelles issues des trois Régions du pays. Elle couvre tous les aspects de la formation et de l'exercice de la profession infirmière et représente 140 000 professionnels actifs dans notre pays. Son rôle est donc essentiel pour la profession.

Il nous revient que l'UGIB est actuellement dans l'incertitude totale quant à son fonctionnement pour cette année. En effet, le subside n'a pas encore été versé. L'UGIB connaît donc des problèmes de financement. Elle vous a d'ailleurs envoyé un courrier mais à l'heure de la rédaction de cette question, elle n'avait toujours reçu aucune réponse.

Madame la ministre, j'ai encore été en contact avec l'UGIB, il y a quelques heures. Elle me confirme que l'INAMI lui a certifié qu'il y aurait un financement pour 2020. Pouvez-vous me confirmer cela? Quel en sera le montant?

L'UGIB va-t-elle devoir attendre la constitution d'un gouvernement pour obtenir la concrétisation de ces moyens nécessaires au bon fonctionnement, sachant que cela a des conséquences sur le salaire des personnes actuellement engagées et donc sur le bon fonctionnement de l'institution, sur la motivation et sur les moyens disponibles? Par ailleurs, cette situation crée le doute.

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Rigot, le Conseil des ministres a fixé le budget des soins de santé pour l'année 2020, le 22 novembre 2019, sur proposition de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Le financement de l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) pour l'année 2020 est prévu dans ce budget. Le montant est basé sur celui accordé en 2019, augmenté de l'indexation habituelle.

Le Service des soins de santé présentera, dans les prochaines semaines, un projet d'arrêté royal à l'approbation du Comité de l'assurance pour fixer le financement de l'Union générale des infirmiers de Belgique pour 2020.

01.03 **Hervé Rigot** (PS): Il est plus que temps que cet arrêté puisse prendre effet puisque nous sommes déjà en février. Chaque jour perdu sans financement peut avoir des conséquences sur l'UGIB. Il y a deux

ans, elle avait été obligée d'anticiper en avançant le financement dans l'attente de fonds nécessaires. C'est problématique. Je ne comprends pas le retard dès l'instant où l'on sait que l'on doit reproduire une mesure dans la continuité. Les fonds doivent arriver chaque année au même moment, affaires courantes ou pas.

Je regrette également que nous soyons passés de fonds pluriannuels à des fonds annuels. Il y a quelques années, ils s'étaient étalés sur quatre ans, puis nous sommes passés à deux ans et maintenant nous fonctionnons sur une base annuelle. Il est vraiment essentiel de pouvoir donner un signal clair à cette institution et de lui donner la possibilité de travailler dans la durée et ce, dans l'intérêt de tous les infirmiers et infirmières.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- **Sophie Thémont à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les répercussions de la précarité sur la santé des Belges" (55001852C)**

- **Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La fracture sanitaire en Belgique" (55001874C)**

02 Samengevoegde vragen van

- **Sophie Thémont aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De impact van armoede op de gezondheid van de Belgen" (55001852C)**

- **Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De gezondheidskloof in België" (55001874C)**

02.01 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, ons systeem van gezondheidszorg staat hoog aangeschreven, maar toch moeten wij een pijnlijke vaststelling doen, die trouwens bevestigd werd door een onderzoek van de Europese Commissie en de OESO: de gezondheidskloof tussen arm en rijk in België is bij de grootste in Europa.

Ik heb het al gezegd, de Belgische gezondheidszorg is over het algemeen goed. Wij hebben een hoge levensverwachting. Maar de laagst opgeleide mannen en vrouwen leven naar verwachting toch vijf jaar korter dan de hoogst opgeleide.

De verklaring daarvoor is onder meer te vinden in de blootstelling aan zogenaamde risicofactoren.

Een en ander heeft ook te maken met de toegankelijkheid tot de zorg. Hoewel nagenoeg elke Belg, gelukkig maar, gedekt wordt door de verplichte gezondheidszorgverzekering, geven mensen in het laagste inkomenskwintiel, de 20 % met de laagste inkomens, veel vaker aan niet naar een arts te gaan wegens de kostprijs, de afstand of de wachttijden. Maar vooral wegens de kostprijs.

In 2017 was dat het geval voor ongeveer 7 % van die inkomensgroep, tegenover amper 0,1 % van de Belgen in het hoogste inkomenskwintiel. Het verschil in onvervulde medische behoeften tussen de armste en de rijkste landgenoten is in België het grootst van alle West-Europese landen. Het ligt ook ruimschoots boven het Europees gemiddelde.

Dit geldt voor de gezondheidszorg in het algemeen, maar voor tandzorg is het verschil nog veel groter: 11 % van de Belgen uit de laagste inkomensgroepen had in 2017 een onvervulde behoefte aan tandzorg, tegenover 0,4 % uit de hoogste inkomens.

Ik richt mij nu specifiek tot u inzake de tandzorg: 11 % van de laagste inkomensgroepen tegenover 0,4 % van de hoge inkomens, dat is een welvaartstaat onwaardig. U weet net zo goed als ik dat steeds meer tandartsen niet geconventioneerd zijn en dat er reeds lange tijd een behoefte is om de tandzorg financieel beter toegankelijk te maken. Die behoefte wordt breed erkend, ook door u.

Hoe staat u dan ook tegenover de vaststelling van deze behoefte aan een meer toegankelijke tandzorg, en hoe gaat u daarmee om in uw beleid?

02.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer Bertels, de toegang tot een betaalbare kwaliteitsgedreven gezondheidszorg is inderdaad een belangrijke en essentiële opdracht voor de overheid. Het recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand in geval van ziekte is een grondrecht van elke

burger.

U weet dat wij in de vorige legislatuur verschillende maatregelen genomen hebben met als doel alle burgers van dit land een kwaliteitsvolle, betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg te garanderen, aangepast aan de evoluerende noden van de patiënt – denk maar aan chronische en oudere patiënten – en dit met vrijwaring van de principes van vrije keuze van de patiënt en van diagnostische en therapeutische vrijheid van de verstrekker.

De Belgische gezondheidszorg is niet gratis, maar de bijdrage van de patiënt is laag. In het geval van een ernstige aandoening wordt een dure interventie of behandeling quasi integraal terugbetaald. Dat zijn speciale verstrekkingen in de nomenclatuur.

Zowel op het vlak van de financiële toegankelijkheid als op het vlak van de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel, wachttijden en geografische toegankelijkheid van kwaliteitsvolle zorg heb ik inspanningen geleverd. Voor de sociaal-economisch zwakke patiënten werden alle sociale vangnetten gehandhaafd en zelfs verbeterd. Denk aan de voorkeuregeling. Het faciliteren van de derdebetalersregeling en de informatisering van de facturatie is eveneens een belangrijke vooruitgang.

Toch lees ik in de pers allerlei cijfers over een gebrek aan toegankelijkheid tot de zorg in België, waarbij een amalgaam van de kosten wordt gemaakt. Gaat het over te hoge persoonlijke aandelen voor zorg? Gaat het over supplementen? Gaat het over kosten voor vitamines? Of eerder over de te lage lonen of hoge andere facturen voor bijvoorbeeld elektriciteit of huur?

In het performantierapport van het Belgisch gezondheidssysteem, het KCE-rapport 313, zien we de volgende belangrijke vaststellingen.

De toegankelijkheid wordt gegarandeerd door een universele ziekteverzekering, het bestaan van sociale vangnetten, de maximumfactuur, een verhoogde tegemoetkoming en de voorkeursregeling.

De eigen uitgaven van de patiënt zijn gedaald. Dit bedraagt 16 %. Dat is onder het gemiddelde in vergelijking met andere Europese lidstaten. In 2004 bedroeg dit nog 18,2 % en in 2013 17,5 %. Dit is tevens onder het gemiddelde in vergelijking met andere Europese landen, waar dat 17,7 % is.

De eigen betaling voor de gezondheid van de patiënt is gedaald tot 15,9 % in 2016. Dat vindt u terug in *Health at a Glance*.

Er is ook nog enige bezorgdheid. Het aandeel gezinnen met uitgestelde gezondheidszorg om financiële redenen bedraagt 2,2 %, wat hoger is dan in andere Europese landen. Bijna de hele bevolking wordt gedekt door een verplichte algemene ziekteverzekering. Ongeveer 1 % is niet verzekerd. Het betreft personen wier administratieve en of financiële voorwaarden niet zijn vervuld. Als we kijken naar het Brussels Gewest ligt dat rond de 2 %.

Dit uitstel van gezondheidszorg om financiële redenen, in het bijzonder bij burgers met een lage opleiding en daaruit voortvloeiend een laag socio-economisch profiel, moet inderdaad onze speciale aandacht krijgen.

Die aandacht moet niet alleen komen van de minister bevoegd voor gezondheidszorg, maar van alle ministers en alle regeringen in dit land. Een gezondheidskloof tussen arm en rijk wordt immers niet alleen door de terugbetaling van de geneeskundige verzorging opgelost, maar vooral door een verbetering van opleiding en tewerkstelling, door betaalbaar wonen enzovoort.

In verband met de toegankelijkheid tot de tandheelkundige verzorging zijn er inderdaad een aantal specifieke problemen. De nomenclatuur van de tandheelkunde is complex en er zijn veel verschillende tarieven. Dat maakt het voor de burger niet altijd duidelijk welke zorgen zullen worden toegediend en wat dit hem of haar zal kosten. Daarnaast is er nog de schrik voor het tandartsbezoek en de onzekerheid over de kostprijs van de zorg.

In het Dentomut-akkoord 2017-2018 zijn er gezondheidsdoelstellingen afgesproken, waaronder het verbeteren van het aantal tandartsbezoeken, in het bijzonder voor preventieve tandzorg. Zoals u weet is ook deze preventieve tandzorg gratis voor kinderen tot de leeftijd van 18 jaar. Ondanks deze maatregelen blijft een deel van de bevolking tandzorg uitstellen en gaan er niet genoeg kinderen naar de tandarts. De

Dentomut is er nog niet in geslaagd om maatregelen te vinden om dit probleem op te lossen.

Louter meer budget aan de sector toekennen, is niet de wonderformule. De sector van de tandzorg gebruikt de toegekende partiële doelstelling niet volledig. Er is dus ruimte voor een toename aan tandartsbezoeken, zeker wat preventieve en basiszorg betreft. Toen wij het mondzorgtraject installeerden, zagen wij een tijdelijke toename van het tandartsbezoek. Jammer genoeg is dat eigenlijk niet het geval bij kinderen en zijn er grote regionale verschillen.

02.03 Jan Bertels (sp.a): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben blij dat u zelf zegt dat financieel toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg een grondrecht is. Op dat vlak vindt u in ons een absolute medestander.

Met betrekking tot de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg en de derdebetalersregeling, gaf u terecht aan dat daarin nog gaten zitten. Ik neem aan dat u daarvan nog werk wilt maken. U gaf aan dat er uitstelgedrag is bij een deel van de bevolking, om financiële redenen. Wij moeten dat aanpakken. De Universiteit Gent heeft daarnaar verschillende onderzoeken gedaan. Daaruit kunnen wij leren hoe dat uitstelgedrag vermeden of in elk geval verminderd kan worden.

Ik ga akkoord met u dat er een belangrijke taak weggelegd is voor u, maar dat ook Health in All Policies moet worden toegepast. Wij moeten er echter aandacht aan blijven schenken in de gezondheidszorgverzekering.

Ten derde, met betrekking tot de tandzorg hebben we nog een zware en lange weg af te leggen. Het is spijtig dat we er niet in slagen om de financiële toegankelijkheid beter uit te bouwen. Er is een Dentomut-akkoord, maar de initiatieven in het niet door de minister goedgekeurde voorstel van het Verzekeringscomité bevatten toch wat meer mogelijkheden. We zullen erop moeten blijven inzetten om de toegankelijkheid inzake tandzorg in het algemeen, en zeker voor kinderen, te verbeteren. Voor tanden begint het immers meestal bij de kinderen en daar zijn nu grote lacunes.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Zoals u weet, was het op 1 december 2019 Wereldaidsdag en er komt er nog eentje op 1 december 2020. Daarover hebben we nu enkele vragen.

03 Samengevoegde vragen van

- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Wereldaidsdag en het hiv-plan" (55001858C)
- Kattrin Jadin aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het aantal aidsbesmettingen in België" (55001915C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De hivpatiënten" (55001985C)

03 Questions jointes de

- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La Journée mondiale de lutte contre le sida et le plan VIH" (55001858C)
- Kattrin Jadin à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les contaminations par le VIH en Belgique" (55001915C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les patients porteurs du VIH" (55001985C)

03.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, in 2018 daalde het aantal hiv-diagnoses met 2 % in vergelijking met 2017. Dat is uiteraard positief, maar geenszins een reden tot euforie. Het aantal diagnoses blijft hoog en lijkt zich uit te breiden naar andere dan de traditioneel getroffen groepen. Sensoa pleit dan ook voor een nieuw hiv-plan 2020-2025. Het vorige plan liep eind 2019 af.

Volgens Sensoa is een combinatiepreventie de belangrijkste sleutel. Die omvat de sensibilisering rond het condoomgebruik en PrEP, het aansporen tot een snelle test na risico's en de onmiddellijke behandeling bij een positieve diagnose. Dat zou concreet betekenen dat er investeringen dienen te gebeuren in preventie, met inbegrip van een toegankelijk en laagdrempelig soa- en hiv-testbeleid. Andere aandachtspunten zijn het investeren in kwaliteitsvolle en multidisciplinaire hiv-zorg, het bestrijden van hiv-gerelateerde discriminatie en

het wegnemen van barrières die de toegang tot PrEP belemmeren. Ik denk daarbij aan de kostprijs en de wachttijden.

Mevrouw de minister, staat er reeds een nieuw hiv-plan in de steigers? Hebt u daartoe, ondanks de aflopende legislatuur, voorbereidende werkzaamheden verricht? Wat is er daaromtrent reeds gebeurd?

Is er reeds overleg met Sensoa geweest? Zijn er daaruit resultaten gekomen?

Zal er in een mogelijk nieuw plan rekening worden gehouden met de aanbevelingen van Sensoa?

Hoe ziet u, gelet op het aantreden van een volgende regering, de overgang verlopen?

03.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderwerp en meer bepaald over de hiv-patiënten zelf. Uit de nota van Sensoa bleek duidelijk dat er problemen zijn met de opvolging van de hiv-patiënten. Uit de bevraging blijkt dat een op vijf van de langdurig gediagnosticeerde patiënten een depressie ontwikkelt. Die patiënten geven ook aan het gevoel te hebben niet voldoende psychologische bijstand te ontvangen.

De meest verwonderlijke bevinding voor mij is dat patiënten aangeven dat zij een vorm van discriminatie ondervinden vanwege de zorgverstrekkers. Dat is zeker een werkpunt.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van die bevindingen?

Elke dag horen meer dan twee patiënten het verdict dat zij seropositief zijn. Kunt u garant staan voor voldoende psychologische begeleiding bij de bekendmaking en de beleving van die diagnose?

De prevalentie van depressie bij langdurig seropositieve singles is 1 op 5, best een hoog aantal. Worden er richtlijnen uitgewerkt om specifiek de aandacht te vestigen op die bevinding en is er volgens u in voldoende psychologische begeleiding voorzien voor die patiënten?

Dat seropositieve patiënten gediscrimineerd zouden worden, is onaanvaardbaar. Hebt u daarvan meldingen? Hebt u daaromtrent in een plan van aanpak voorzien?

03.03 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jiroflée en mevrouw Depoorter, zoals u weet, hebben wij het hiv-plan geïmplementeerd en opgenomen in het gezondheidsbeleid van de federale en regionale overheden gedurende de vorige vijf jaar. In de voorbije jaren fungeerde het hiv-plan als leidraad voor een aantal belangrijke verwezenlijkingen. De maatregelen die geïmplementeerd werden, zijn ook van structurele aard.

Sinds enkele maanden wordt er inderdaad gewerkt aan een ontwerp voor een nieuw hiv-plan dat de periode 2020-2025 moet dekken en waarin rekening wordt gehouden met recente evoluties in het hiv-domein. Dat zal opnieuw opgebouwd worden rond de pijlers preventie, screening en diagnose, zorg en levenskwaliteit. De Positieve Raad die wij opgericht hebben, levert een transversale bijdrage tot de voornoemde pijlers.

De werkgroepen verbonden aan de verschillende pijlers hebben een aantal prioriteiten en acties geformuleerd. In een eerste fase werden die voorgelegd aan én afgetoetst bij de terreinorganisaties en andere belanghebbenden. In een volgende fase worden de voorgestelde prioriteiten en acties, in het bijzonder de acties met betrekking tot preventie en screening, met de regionale overheden besproken. Tot slot zal ook UNAIDS Liaison Office Brussels geconsulteerd worden, meer bepaald met het oog op de harmonisering van de voorgestelde prioriteiten met de internationale gezondheidsobjectieven.

De voorbereidingen voor het nieuwe hiv-plan worden gecoördineerd door het hiv-monitoringcomité. Dat comité, overeenkomstig actie 54 van het huidige hiv-plan opgericht door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 24 februari 2014, is een permanente structuur voor overleg, monitoring en advies.

De leden van het monitoringcomité vertegenwoordigen de diversiteit aan actoren in het hiv-domein. Ook Sensoa maakt deel uit van dat monitoringcomité. Combinatiepreventie is de conceptuele leidraad van het huidige en van het nieuwe hiv-plan. Zodra dat plan klaar is, zal ik het ontvangen.

Mevrouw Depoorter, in de vorige legislatuur hebben wij ingezet op de legalisering van de gemedicaliseerde

test en op de zelftest, op de *pre-exposure prophylaxis*, beter bekend als PrEP, op het afschaffen van de drempels voor toegang tot hiv-remmers – dat wil zeggen dat we seropositieve patiënten meteen terugbetalen – en natuurlijk ook op psychologische begeleiding in het kader van de hervorming van de conventie voor hiv-referentiecentra.

Elk van die 11 centra moet beschikken over klinisch psychologen, erkend in het kader van de wet van 10 juli 2016. Zij staan in voor de begeleiding, ongeacht of het gaat om mensen die kiezen voor PrEP, die net een diagnose kregen dan wel om *long-term survivors*. De betrokken centra zullen worden geëvalueerd op de bereikte resultaten.

Om het hiv-stigma te bestrijden, hebben de geconventioneerde centra, zoals bedoeld in artikel 4, § 2 van de conventie, zich ertoe verbonden dat het hiv-referentiecentrum eveneens hulp zal bieden in de strijd tegen iedere vorm van stigmatisering en discriminatie die verband houdt met de ziekte en dat het de patiënten in die zin zal ondersteunen.

Wij hebben goede resultaten geboekt door de implementatie van alle aanbevelingen van UNAIDS. De Positieve Raad heeft daar een grote rol in gespeeld. Er is nu een optimaal overleg tussen alle verenigingen die zich op het terrein bevinden, waaronder Sensoa.

Ik denk dat er goed is gewerkt in de vorige legislatuur. De resultaten zijn nu al goed, maar elke nieuwe patiënt is er een te veel. Er zijn minder en minder nieuwe besmette patiënten, maar elke besmette patiënt is er een te veel. Als dit plan in de volgende vijf jaar wordt voortgezet, dan denk ik dat wij echt op de goede weg zullen zijn.

03.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik hoor u over het monitoringcomité de woorden "permanent" en "structureel" uitspreken. Ik ga ervan uit dat het om een structureel permanent overleg gaat, dat over legislaturen heen blijft bestaan. Mocht u dat nog eens kunnen bevestigen, zou dat heel vriendelijk zijn.

Ik ben enigszins gerustgesteld door uw woorden, maar toch maken wij ons vooral zorgen over de merkbare uitbreidingen naar andere groepen dan de traditionele groepen in de samenleving, die wij allen kennen.

De hiv-gerelateerde discriminatie is inderdaad een bezorgdheid die wij koesteren.

Wij volgen het dossier nader op en danken u alvast voor de door u gegeven stand van zaken.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het is inderdaad positief dat er resultaten zijn geboekt en dat er ter zake vooruitgang is, zeker wat de PrEP-benadering betreft. Wij zien dat de toegankelijkheid sterk is toegenomen.

In uw antwoord over de psychologische begeleiding merkt u op dat al goede resultaten zijn bereikt. Ik zou ze heel goed blijven opvolgen, want het gaat immers om een probleem waarvan wordt aangegeven dat het er nog altijd is.

Wat de geconventioneerde centra en de eventuele discriminatie vanwege zorgverstrekkers betreft, ben ik ervan overtuigd dat in die geconventioneerde centra alles in orde is. Een hiv-patiënt moet voor een hoestje ook gewoon naar de huisarts kunnen gaan en door die huisarts op dezelfde manier als een andere patiënt worden ontvangen. Op dat vlak wacht ons echt nog wel werk.

Ten slotte, hiv is een chronische aandoening geworden, terwijl het in de jaren tachtig iemands doodvonnis betekende. Vandaag leven mensen met hiv op een vrij normale basis voort. Zij worden goed verzorgd. Die depressies evenwel baren mij toch zorgen. "Chronisch" betekent gedurende een lange termijn. Als die depressies niet correct worden behandeld, mogen wij ons toch aan een ander probleem verwachten.

Ik nodig u uit om dat aspect zeker nader uit te werken en te evalueren.

03.06 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Jiroflée, ik wil nog antwoorden op uw bijkomende vraag.

Structureel betekent ook gewoon op het vlak van de manier van werken, met de Positieve Raad, die

inderdaad zal blijven bestaan. Ook het terugkoppelen naar alle betrokkenen op het terrein zal blijven bestaan. Dat is allemaal vastgelegd.

Bijvoorbeeld ook de financiering voor de sekswerkers hebben wij structureel gemaakt. Vroeger werd die financiering van jaar tot jaar en daarna elke twee jaar vastgelegd. Dat gaf altijd een probleem. Wij hebben ter zake heel veel inspanningen gedaan.

Wat de referentiecentra betreft, wij houden eraan vast omdat juist daar de nodige expertise en psychologische begeleiding voorhanden zijn. Mevrouw Depoorter, ik heb ook hiv-positieve mensen gekend in mijn praktijk. Ik moet u zeggen dat die allemaal nog in leven zijn, terwijl ik nu toch al een hele tijd gestopt ben. Sommige mensen die bij mij kwamen aankloppen vroegen echter eerst of ik wel effectief bereid was om een hiv-positieve patiënt te behandelen. Vervolgens moest dan elke keer weer gezocht worden naar een tandarts of een kinesist die bereid was hen te behandelen.

Uit verhalen van hun kennissenkring weten die mensen immers dat ze soms geweigerd worden als patiënt. Dat is iets wat eigenlijk helemaal niet kan. Natuurlijk zijn ze dan zeer voorzichtig om te vragen of ze ergens patiënt kunnen worden. Men moet hen dus wat zelfvertrouwen geven en uitzoeken welke behandelaars daarvoor openstaan. Die discriminatie wordt echter nog steeds ervaren op het terrein. Niet iedereen heeft immers het geluk onmiddellijk bij iemand terecht te komen waar ze welkom zijn. Dat is uiteraard onaanvaardbaar.

Ook het feit dat ze chronische patiënten zijn weegt zwaar door omdat de medicatie voor de gewone ouderdomskwaaltjes waarmee iedereen te maken krijgt vaak interfereert met hun andere medicatie. Ook als ze een ingreep moeten ondergaan, geeft dat veel gedoe, zeker omdat men rekening moet houden met hun gedaalde immuniteit. Deze mensen zijn echt chronisch ziek, ook al is dat niet steeds zichtbaar. Door hun lange levensverwachting interfereert deze problematiek nu vaak met andere aandoeningen en kwalen. Dat is iets nieuws wat we vroeger niet zagen. Toen ik nog studeerde, was de levensverwachting van hiv-positieve patiënten heel laag. Men kreeg dus minder te maken met deze problematiek. Nu moet men alert zijn voor hun bijzondere kwetsbaarheid.

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

- 04 Vraag van Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De behandelingen die schoonheidsspecialisten mogen uitvoeren" (55001916C)**
04 Question de Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les traitements que peuvent effectuer les esthéticiens" (55001916C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): *Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, firma's die leverancier zijn voor schoonheidsinstituten hebben er baat bij te weten waarvoor en door wie hun producten mogen worden gebruikt. Dit is niet altijd even duidelijk, zeker waar het apparatuur betreft die gebruik maakt van complexere technologie, zoals IPL, lasers, LED-licht met variabele golflengten. Voor toepassingen, zoals microneedling, die in feite een invasieve behandeling is, blijft het voor de leverancier vaak onduidelijk wat kan en niet kan. Dit maakt het uiteraard lastig potentiële klanten te overtuigen van een aankoop. Vooral op vlak van permanente ontharing, acnebestrijding, huidbehandelingen en het verwijderen van tatoeages worden deze toestellen gebruikt.*

Dus:

- 1) Mogen schoonheidsspecialisten definitieve ontharing uitvoeren, en wat is hiervoor de wettelijke basis?*
 - a. Met een laser (diode laser, alexandrite)*
 - b. Met een IPL?*
- 2) Mogen schoonheidsspecialisten tatoeages of permanente make up verwijderen, en wat is hiervoor de wettelijke basis?*
 - a. Met een laser? (Nd-Yag laser)*
- 3) Mogen schoonheidsspecialisten acne bestrijden, en wat is hiervoor de wettelijke basis?*
 - a. Met een IPL toestel (filter van +/- 450nm)*
 - b. Met een LED PDT apparaat (met blauw intens ledlicht van +/- 450nm)*
 - c. Met een chemische peeling op basis van fruitzuren (tot 40%)*
- 4) Mogen schoonheidsspecialisten huidbehandelingen uitvoeren, huidverjonging, resurfacing, rimpelbehandeling, pigmentvlekken, vasculaire laesies, en wat is hiervoor de wettelijke basis?*
 - a. Met een laser?*

b. Met een IPL?

c. Met een LED toepassing? (intense led licht, rood, infrarood, blauw en gele golflengten)

d. Met een micro needling toestel? (invasief, naalden)

04.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Gijbels, de beperkingen inzake activiteiten door schoonheidsspecialisten zijn ingegeven door bekommernissen over de kwaliteit en veiligheid, zowel voor de burger als voor de schoonheidsspecialisten zelf.

Het vertrouwen van de bevolking in schoonheidssalons veronderstelt dat iedereen zijn grenzen kent en respecteert. De schoonheidsspecialisten moeten, voor eventuele aansprakelijkheid, zowel de wettelijke bepalingen als het zorgvuldigheidscriterium respecteren.

Bepaalde technieken lijken eenvoudig toepasbaar, maar zijn soms gevaarlijk wegens risicofactoren bij de patiënt. Er is inderdaad meer medische kennis en dus mogelijk een arts nodig om die risicofactoren te herkennen, in te schatten en tijdig bepaalde complicaties op te vangen.

In het buitenland werd aangetoond tot welke drama's bepaalde esthetische interventies en toepassingen van technieken kunnen leiden. Ons land heeft dus een restrictieve wetgeving, die voornamelijk ingegeven is door veiligheidsoverwegingen.

Ik zal u verschillende artikelen meegeven, die tonen waar wij in onze wetgeving rekening houden met de bescherming van de fysieke integriteit. Ook niet-artsen moeten altijd rekening houden met die uiterst belangrijke artikelen, naast hun eventuele burgerlijke aansprakelijkheid.

Er is ook een wet tot regeling van de vereiste kwalificaties om ingrepen van niet-heelkundige esthetische geneeskunde en esthetische heelkunde uit te voeren en tot regeling van de reclame en informatie betreffende die ingrepen.

Ik geef u het voorbeeld van laserbehandelingen. Epileertechnieken vallen buiten de toepassing van die wet, maar invasieve technieken, zoals bij het gebruik van lasertype 3 of 4, zullen niet kunnen worden uitgevoerd door schoonheidsspecialisten.

Wij hebben ook adviezen van de Hoge Gezondheidsraad, die vermeldt dat laser- en IPL-toestellen om tatoeages te verwijderen, de kleurstof in de diepte van de dermis bereiken en ernstige schade kunnen berokkenen, zoals brandwonden, blijvende pigmentstoornissen, littekens en oogbeschadiging.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen verwees naar eerdere adviezen van de Koninklijke Academie voor Geneeskunde, waarin IPL- en laserbehandelingen als medische handelingen worden beschouwd.

De evolutie van de schoonheidstechnieken en -apparatuur gaat zeer snel, waardoor nieuwe risico's kunnen ontstaan, terwijl bepaalde interventies nu als veiliger kunnen worden beschouwd. Wat peeling betreft, moet bijvoorbeeld een onderscheid worden gemaakt tussen een oppervlakkige en een diepe peeling. Behandelingen met IPL, dus *intense pulsed light*, of met led worden ook gekenmerkt door een verschillende intensiteit en gaan dus gepaard met een totaal ander type risicoprofiel. Dat moet worden opgevolgd door experts die adviserend kunnen optreden, wanneer bepaalde reglementaire aanpassingen of versoepelingen aangewezen of mogelijk zijn.

In oktober 2019 heeft de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen beslist een expertengroep samen te stellen om de materie op te volgen. Er kan worden nagegaan of dat initiatief al dan niet aanvullend kan zijn of een alternatief kan vormen voor de nog op te richten Raad voor Medische Esthetiek, zoals aangekondigd in artikel 23 van de wet op de esthetische geneeskunde. We moeten er dus voor zorgen dat onze wetgeving mee is met de nieuwe technieken die worden gebruikt in de schoonheidsbehandelingen door de schoonheidsspecialisten, waarbij de naam soms toch wel wat misleidend is.

04.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Is er ergens een overzicht te krijgen?

04.04 Minister **Maggie De Block**: Ik heb mijn antwoord op twee minuten gegeven om meer vragen te kunnen beantwoorden, maar ik zal u de gegevens bezorgen. We zullen dat doorsturen. Het antwoord is uitgebreider, maar ik heb het wat geresumeerd om meer collega's vragen te kunnen laten stellen.

De **voorzitter**: Als dan de collega's ook een inspanning leveren om binnen de spreektijd van twee minuten te blijven, gaat het goed vooruit.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

M. Patrick Prévot est retenu dans sa commune de Soignies et demande le report de ses questions inscrites à notre agenda.

05 Question de Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La reconnaissance des psychomotriciens" (55001951C)

05 Vraag van Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De erkenning van de psychomotorisch therapeuten" (55001951C)

05.01 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, en 2016, vous avez refusé que la psychomotricité soit reconnue en tant que profession paramédicale. Je suis aujourd'hui à nouveau interpellé par l'Union professionnelle belge des psychomotriciens francophones (UPBPF) qui souligne l'importance de leur mission.

Elle pointe le fait d'être niée en tant qu'organisation professionnelle. La profession existe formellement dans divers secteurs, notamment la neuropédiatrie qui renvoie les patients vers des psychomotriciens. Ceux-ci ne comprennent dès lors pas qu'on ne prenne pas en considération les réalités du terrain francophone.

Madame la ministre, pourquoi avoir refusé de reconnaître cette profession? Celle-ci s'avère en effet, sur le terrain, tout à fait complémentaire à d'autres interventions et apporte une réelle plus-value à la vision pluridisciplinaire. Ce métier existe d'ailleurs en tant que tel en France et au Luxembourg, nos proches voisins, avec qui nous partageons le profil d'une profession paramédicale.

De plus, il apparaît que ces soins, s'ils sont mis en oeuvre précocement, sont moins coûteux que de longues thérapies et participeraient à la réalisation d'économies dans le curatif (soins de santé, écoles spécialisées, institutions, etc.). Madame la ministre, qu'en pensez-vous? À votre sens, cette reconnaissance pourrait-elle être réévaluée à l'avenir?

05.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur le président, monsieur Rigot, j'ai toujours tenu compte des avis répétés du Conseil fédéral des professions paramédicales. Celui-ci m'a transmis deux avis et j'ai toujours pris la position de ne pas reconnaître les psychomotriciens comme nouvelle profession des soins de santé, étant donné que ces avis étaient vraiment négatifs.

Le premier avis concernant l'inscription de la psychomotricité à la liste des professions paramédicales était négatif et avait été transmis à ma prédécesseure, Mme Onkelinx. Il s'agit de l'avis n° 3 de 2013.

Par la suite, une demande d'avis supplémentaire a été adressée au Conseil et, le 22 septembre 2016, ce second avis a également été ratifié par le Conseil fédéral des professions paramédicales. C'est l'avis n° 1 de 2016. Il s'agissait à nouveau d'un avis négatif concernant la reconnaissance de la psychomotricité en tant que nouvelle profession de soins.

Le Conseil précise que la psychomotricité fait partie intégrante des compétences professionnelles des logopèdes, des ergothérapeutes, des orthoptistes et des kinésithérapeutes. Les interventions de psychomotricité qui sont actuellement effectuées dans le cadre de thérapies font partie de l'exercice de soins de santé.

En Belgique, à défaut de reconnaissance légale comme professionnels de la santé en vertu de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de santé, il est interdit de poser des actes relevant de l'art de guérir. Ceci n'empêche toutefois pas les psychomotriciens d'exercer leur métier en Belgique, du moment qu'ils n'exercent pas l'art de guérir ou des actes réservés à une profession de soins de santé.

La pratique non thérapeutique de la psychomotricité pour améliorer le développement psycho-éducatif de personnes en bonne santé, donc non soumis à prescription médicale, n'est pas réglementée par l'autorité fédérale de Santé publique et peut être exercée par un psychomotricien sans être un professionnel de la

santé.

Oui, dans certains pays comme en France, le choix a été fait de rassembler toutes les techniques de psychomotricité pour en faire une discipline à part entière et de la confier à un professionnel pouvant agir à la fois pour des objectifs thérapeutiques et de développement ou de bien-être, et cela, quasiment toujours sur prescription médicale.

Dans d'autres pays comme la Belgique, on a opté pour l'intégration de ces techniques dans les formations et prestations autorisées à certains professionnels de la santé - pour ce qui est du volet thérapeutique soumis à prescription médicale - et de laisser le choix de réglementer le volet non thérapeutique à une autre autorité que celle de la Santé et, dès lors, de ne pas soumettre celui-ci à prescription médicale.

Étudier les besoins éventuels en nouvelles professions de soins et les créer si nécessaire est bien une compétence fédérale. Je suis d'avis qu'il n'est pas nécessaire de créer une nouvelle profession de santé dans ce domaine.

À l'heure actuelle, l'application de techniques de psychomotricité pour améliorer la santé d'un patient est soumise à prescription médicale et est légalement réservée aux kinésithérapeutes et, éventuellement, aux ergothérapeutes, orthoptistes ou logopèdes. Il n'y a aucun intérêt démontré, en termes de santé publique, de reconnaître et d'ajouter un énième professionnel de santé pour appliquer ces techniques aux patients.

05.03 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, je vous avoue être ébahi par votre réponse lorsque vous évoquez le fait qu'il n'y a pas d'intérêt! Il y en a au moins un qui est mis évidence par un certain nombre de services qui orientent les enfants notamment vers les psychomotriciens: l'intérêt du patient.

Vous affirmez que cela n'empêche pas la pratique. C'est sûr! Mais cela empêche l'accès à certains, ne serait-ce qu'au niveau financier. Cela peut aussi provoquer l'impossibilité de bénéficier des bienfaits. C'est un risque de perte de service également. Il ne faut pas nier, madame la ministre, que la psychomotricité joue un rôle essentiel pour comprendre et travailler sur les souffrances psychiques et émotionnelles. La psychomotricité à mon sens a plus que jamais sa place dans des services tels que ceux de l'enfance, du handicap, de la santé mentale. La reconnaître, même si pour vous cela ne change pas fondamentalement les choses, à nos yeux, c'est motiver et peut-être aussi remercier tout simplement.

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

Le **président:** Les questions jointes n° 55001968C de Mme Kattrin Jadin, n° 55001973C de M. Patrick Prévot et n° 55001988C de M. Éric Thiébaud sont reportées, étant donné qu'aucun d'eux n'est présent.

05.04 Maggie De Block, ministre: Monsieur le président, si aucun des trois membres concernés n'est présent pour cette question, elle devient sans objet.

Le **président:** M. Prévot avait demandé que la sienne soit reportée. Le Règlement énonce qu'un membre a le droit de reporter une seule fois sa question.

05.05 Maggie De Block, ministre: Oui, je sais bien! Mais si le sujet est d'une telle importance que trois questions sont posées, il faut alors être ici. Ce sont toujours les mêmes...

Le **président:** Je ne me prononcerai pas à ce sujet.

05.06 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas le cas de Mme Fonck, puisqu'elle est toujours présente.

05.07 Catherine Fonck (cdH): Assez souvent, dirons-nous.

05.08 Maggie De Block, ministre: Assez souvent, oui!

05.09 Catherine Fonck (cdH): Merci pour le bon bulletin, madame la ministre, c'est déjà cela!

Parfois, je dois me dédoubler pour me rendre dans une autre commission. Vous allez voir, madame la ministre, que cela va encore aller vite.

06 Question de Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement des séances de kinésithérapie" (55001970C)

06 Vraag van Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van kinesitherapie sessies" (55001970C)

06.01 **Catherine Fonck** (cdH): *"L'article 44 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé prévoit, en son paragraphe 6, le principe selon lequel une prescription médicale est obligatoire pour pouvoir effectuer un traitement de kinésithérapie et pour pouvoir attester des prestations remboursables. Il précise que "cette prescription est écrite, éventuellement sous forme électronique ou par téléfax. Elle indique le diagnostic ou les éléments de diagnostic établis par le médecin, ou le cas échéant par le praticien de l'art dentaire, le nombre maximum de séances de traitement à effectuer par le kinésithérapeute et les contre-indications éventuelles pour certains traitements. Elle peut aussi indiquer la ou les prestations demandées par le médecin, ou le cas échéant par le praticien de l'art dentaire".*

Or, des patients m'ont informée que leur mutuelle refusait de rembourser des frais de kinésithérapie au motif que la prescription médicale était imprimée et reçue par mail (et donc qu'il ne s'agissait pas d'une prescription "originale" papier).

Madame la ministre, mes questions sont donc les suivantes :

- Avez-vous connaissance de refus de remboursement par les mutuelles de frais de kinésithérapie au motif que la prescription médicale était imprimée et reçue par mail ?

- Considérez-vous qu'une prescription médicale envoyée par mail et imprimée ne répond pas aux conditions de l'article 44, § 6 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé?"

06.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Fonck, en réponse à votre question, je puis vous informer des éléments suivants.

Comme vous le relevez, la loi coordonnée du 10 mai 2015 susnommée autorise la prescription de séances de kinésithérapie sous forme électronique ou par téléfax, qui est donc régulière au regard des exigences de santé publique. Toutefois, la réglementation relative à l'assurance obligatoire soins de santé prévoit que la prescription de ces mêmes soins doit être jointe à l'attestation de soins prodigués lorsque cette dernière est transmise à l'organisme assureur. Il s'agit d'une condition de remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

La facturation pour cette catégorie de dispensateurs de soins s'effectuant encore sous forme papier, la prescription accompagnant la facture doit revêtir également cette forme. L'impression sur papier d'un mail possède une simple valeur de copie – et non d'originale – et ne peut donc être utilisée dans ce cadre. Les exigences en termes de remboursement se révèlent donc plus strictes que celles qui se rapportent à la santé publique.

Comme vous le savez, la prescription électronique de médicaments est obligatoire, au sens strict du terme, depuis le 1^{er} janvier dernier. Ce volet du Plan d'action e-Santé 2013-2018 a été largement accompli. Un Plan d'action 2019-2021 ajoute un objectif, à savoir l'extension du système aux prescriptions non médicales. En l'occurrence, c'est le cas aussi pour les kinésithérapeutes et les logopèdes.

Les travaux nécessaires à la réalisation de cet objectif se déroulent actuellement en présence de tous les acteurs concernés. Un calendrier de déploiement secteur par secteur devrait être proposé dans le courant de cette année, ce qui permettra d'aligner les exigences de remboursement avec celles en matière de santé publique.

06.03 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Effectivement, si on veut avancer en matière de e-santé, il faut aligner et faciliter les démarches administratives pour les kinésithérapeutes mais également, comme vous l'avez dit, pour les logopèdes.

J'attends donc ce travail d'évaluation, sachant que je plaide déjà pour une prise en compte des petits soucis intervenus à l'occasion des prescriptions électroniques de médicaments, et qui existent encore aujourd'hui.

J'ose espérer que la disposition transitoire par l'INAMI permettra de régler les choses.

J'espère, en tout cas, que l'on pourra, avant la fin de 2020, procéder à une adaptation en vue d'alléger les procédures administratives, adaptation qui serait favorable aux kinésithérapeutes, aux mutuelles et aux patients, à condition, bien évidemment, que cela n'amène pas à des situations de fraude. Mais il est vrai que des balises peuvent être mises en place pour éviter ce genre de dérive.

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 softenonslachtoffers" (55001984C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les victimes du Softenon" (55001984C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, het wetsontwerp betreffende de toekenning van een forfaitair bedrag aan de personen die lijden aan aangeboren misvormingen die het gevolg zijn van het innemen van geneesmiddelen met thalidomide door de moeder tijdens de zwangerschap, is op 25 april 2019 in de Kamer aangenomen en is ter bekrachtiging aan de Koning voorgelegd. Zodoende is de wet in het *Belgisch Staatsblad* van 16 mei 2019 gepubliceerd.

Hoe worden de slachtoffers op de hoogte gesteld van deze wet? Weet u hoeveel slachtoffers er in ons land zijn? Hoeveel slachtoffers dienden reeds een aanvraag in? Hoeveel nabestaanden van overleden slachtoffers dienden reeds een aanvraag in? Hoeveel aanvragen werden positief verklaard? Hoeveel werden negatief verklaard en wat was de reden daarvoor?

07.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Sneppe, de informatie is vooral verspreid door de verschillende slachtofferverenigingen, waarmee we nauwe contacten hadden. Ook de meeste ziekenfondsen hebben de informatie over de vergoedingsprocedure gepubliceerd, zowel via hun papieren als via hun elektronische communicatiemiddelen. Gelet op haar specifieke rol in de verwerking van de aanvragen, heeft de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering op haar website in een afzonderlijke ruimte voorzien voor de behandeling van dit thema. Deze instelling heeft ook voornamelijk elektronisch een persoonlijke brief verstuurd naar personen die zich voorheen reeds via verschillende kanalen hadden gemeld. Het ging om een veertigtal personen.

Er is geen officiële telling geweest van het aantal overleden slachtoffers, maar op basis van de beschikbare informatie werd hun aantal geraamd op 35 à 40 personen. Er zijn 98 dossiers ingediend. Voor vijf dossiers werd meer informatie opgevraagd. Elf ouders of nabestaanden van overleden slachtoffers hebben een aanvraag ingediend, want ook zij maakten aanspraak op een vergoeding. Tweeëndertig dossiers van slachtoffers en drie dossiers van nabestaanden zijn al positief verklaard. Er zijn 69 weigeringen betekend, te weten 61 weigeringen voor mensen die onterecht dachten dat ze het slachtoffer waren en 8 weigeringen van nabestaanden. De reden voor de weigering is dat de aanvragers een klinisch beeld vertoonden dat niet overeenstemt met dat van een slachtoffer van thalidomide zoals uit de literatuur blijkt.

07.03 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, verwacht u dat er nog aanvragen worden ingediend of denkt u dat dit dossier reeds afgesloten is?

07.04 Minister Maggie De Block: Dat valt moeilijk te zeggen. We weten dat er ook slachtoffers waren die geen aanvraag hebben ingediend, omdat ze geen lid waren van de betreffende verenigingen of gewoon geen zin hadden daarin.

Het gaat om oudere mensen. De blootstelling aan thalidomide vond immers plaats rond 1958, begin jaren 1960. Sommigen vinden dat het voor hen niet meer hoeft. Als er zich nog slachtoffers aandienen, zal de Hulpkas hun dossier behandelen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Ellen Samyn aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De gevaarlijke drug crystal meth" (55002007C)

08 Question de Ellen Samyn à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La drogue dangereuse crystal meth" (55002007C)

08.01 Ellen Samyn (VB): Mevrouw de minister, in het Limburgse Bilzen werd eind oktober een drugsfabriek ontdekt dat bedoeld was om de gevaarlijke drug crystal meth te produceren. Dit zou de derde keer zijn dat er in België een dergelijk labo wordt aangetroffen. Midden maart van dit jaar werd een labo ontdekt in Hasselt en begin juni in Wuustwezel.

De chemische drug is enorm schadelijk voor de gezondheid en bovendien zeer verslavend. Tevens is zo'n drugsfabriek een heel groot veiligheidsrisico voor de buurt waarin het is gelegen omwille van het ontplofingsgevaar.

Mevrouw de minister, zijn de drugsfabrieken voor crystal meth in opmars? Wordt actief werk gemaakt van het opsporen van zulke drugsfabrieken?

Momenteel staat de teller op drie labo's. Zijn er reeds meer drugsfabrieken ontdekt?

Zijn er reeds dodelijke slachtoffers gevallen door de inname van crystal meth?

Wat is uw plan van aanpak om deze zeer gevaarlijke drug te bestrijden? Zal de regering een sensibiliseringscampagne opstarten?

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Samyn, voor uw vragen over het aantal drugsfabrieken en de opsporing ervan verwijs ik naar de ministers van Binnenlandse Zaken en Justitie.

Het algemeen mortaliteitsregister laat niet toe om een onderscheid te maken tussen de substanties die ten grondslag liggen aan de gemelde overlijdens. Via alternatieve meldingsmethodes zoals het Early Warning System on Drugs zijn er tot dusver geen gemelde overlijdens gerelateerd aan het gebruik van methamfetamine of crystal meth in België.

Gebaseerd op de resultaten van de meest recente nationale gezondheidsenquête, maar ook uit de analyse van het afvalwater blijkt het gebruik van methamfetamine nog steeds een weinig voorkomend fenomeen in België. Zoals u weet vinden wij in het afvalwater vooral derivaten van cocaïne.

Ook voor de behandelingsaanvragen in België via de Treatment Demand Indicator blijven de cijfers zeer laag. In 2018 werd methamfetamine vermeld voor 0,53 % van de behandelingsepisoden. In slechts 0,13 % van de gevallen werd crystal meth als de voornaamste problematische substantie aangegeven. In 2015 was dat nog 0,05 %.

Preventie- en sensibiliseringscampagnes blijven natuurlijk aangewezen en zijn de bevoegdheid van de Gemeenschappen en Gewesten.

Wij trachten met het vroegere Instituut Volksgezondheid ook te waarschuwen bij fuiven, na de examens, bij muziekfestivals en op de hoogte te zijn van de nieuwste drugs die daar worden rondgedeeld.

Ik ben van mening dat dit een eeuwige strijd zal blijven.

08.03 Ellen Samyn (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreid antwoord. Sensibilisering is inderdaad heel belangrijk. Crystal meth is niet alleen zeer verslavend maar het zorgt, zoals vele drugs, voor ernstige gezondheidsproblemen, waaronder geheugenverlies, agressiviteit en psychotisch gedrag. Er is ook een grote kans op ernstige hart- en hersenbeschadiging.

Ik hoop in ieder geval dat alles in het werk gesteld wordt om de mogelijke opmars van deze drug te bestrijden.

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

Le **président:** La question n° 55002022C de Mme Florence Reuter devient sans objet.

09 Question de Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'arrêté royal relatif à la permanence médicale de médecine générale" (55002027C)

09 Vraag van Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het koninklijk besluit betreffende de medische permanentie door huisartsen" (55002027C)

09.01 Catherine Fonck (cdH): La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit, en son article 21 alinéa 2, que «Tout médecin généraliste a l'obligation de participer à la permanence médicale dans la zone où il exerce sa profession. Pour répondre à cette obligation, le médecin généraliste participe à la permanence médicale organisée par une coopération fonctionnelle de médecins généralistes agréée qui fixe des modalités en matière de permanence médicale dans la zone concernée.

Cette loi – qui entrera en vigueur le 1er juillet 2021 – confie au Roi la responsabilité de fixer les conditions minimales auxquelles doit satisfaire cette permanence.

Il me revient qu'un projet d'arrêté royal relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles a été rédigé.

Or, celui-ci fait l'objet de critiques de la part de médecins généralistes : ils considèrent comme inacceptable de n'agréer que les coopérations des postes de garde et donc de ne plus laisser la liberté aux médecins généralistes eux-mêmes de décider du type d'organisation qu'ils souhaitent mettre en place. Ils considèrent aussi que le projet d'arrêté royal comporte deux problèmes supplémentaires : d'une part, l'obligation pour les médecins de fonder une asbl supplémentaire pour la coopération (outre l'asbl déjà existante pour le poste de garde), ce qui nécessite des moyens financiers pour lesquels aucun budget n'est prévu et ce qui conduit donc à consacrer de l'argent à des structures au lieu de l'investir pour les patients et, d'autre part, le fait qu'au travers de l'économie d'échelle exigée, le médecin se trouve confronté à des déplacements considérables annulant ainsi les avantages de la création de postes de garde.

Madame la ministre, mes questions sont donc les suivantes :

- Pourriez-vous nous éclairer quant à cet arrêté royal ?
- Avez-vous organisé une concertation avec les médecins généralistes à ce sujet?
- Avez-vous pris connaissance des critiques émises par ces médecins généralistes?
- Que répondez-vous à ces médecins généralistes?
- Allez-vous modifier votre arrêté royal afin de laisser aux médecins généralistes le choix du type d'organisation dans le respect des normes de fonctionnement et de qualité qui régissent cette permanence?
- Dans quel délai comptez-vous adopter cet arrêté royal?

09.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, dans le cadre du modèle de concertation sur les postes de garde des médecins généralistes, plusieurs organes sont actifs, notamment la cellule inter-administrative "garde" et la plate-forme d'accompagnement des postes de garde des médecins généralistes. La cellule inter-administrative est un partenariat avec le SPF Santé publique, l'INAMI, la cellule stratégique, les coordinateurs "garde" et le 1733. Cette cellule inter-administrative définit les lignes directrices stratégiques et en assure l'élaboration complète.

La mission de la plate-forme d'accompagnement des postes de gardes des médecins généralistes est d'accompagner la mise en œuvre des notes conceptuelles sur les gardes et le 1733 présentées dans le cadre de la task force du 2 février 2018. En ce qui concerne les principales parties prenantes, la plate-forme d'accompagnement des postes de garde est composée de trois représentants du banc des médecins généralistes de la médico-mut, de trois représentants du Conseil national des secours médicaux d'urgence et de trois représentants des mutualités. Les deux administrations concernées (SPF et INAMI) participent aussi à la plate-forme ainsi que les coordinateurs "garde" et les coordinateurs 1733. La cellule stratégique y prend également part et les médecins généralistes sont dès lors régulièrement entendus dans le cadre de la réforme des services de garde.

Nous avons pris note des remarques formulées par certains médecins généralistes et nous en tenons compte dans le cadre de l'opérationnalisation de la réforme.

Il est important que le patient occupe une position centrale dans ce dossier. Le système de permanences pour les médecins généralistes vise à garantir que les patients puissent consulter si nécessaire un médecin

généraliste à tout moment. La loi sur la qualité établit que les médecins généralistes doivent organiser ces permanences au moyen d'un accord de coopération fonctionnel des médecins généralistes agréés. Nous souhaitons de cette façon nous assurer qu'aucun patient n'est exclu.

Nous travaillons en effet sur un système uniforme et clair des postes de garde de médecine générale et sur des accords de coopération entre les postes de garde des médecins généralistes.

Ainsi, les patients savent toujours où s'adresser et n'ont plus à chercher quel médecin généraliste est de garde et où il exerce. Ce modèle d'organisation univoque présente des avantages importants pour les médecins généralistes eux-mêmes. Ils devront faire moins de gardes de nuit. C'est meilleur pour l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Ils peuvent compter, pendant la garde, sur un chauffeur par réseau. L'administration est regroupée.

Outre un modèle d'organisation univoque, nous déployons aussi un financement harmonisé et transparent. Jusqu'il y a peu, le financement des services de garde était d'une grande complexité, mais grâce aux nouvelles règles de financement claires, chaque poste de garde reçoit la sécurité financière nécessaire.

L'arrêté royal entrera en vigueur en même temps que la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé, c'est-à-dire le 1^{er} juillet 2021.

09.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, au début, vous m'avez parlé de beaucoup de choses. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir où en sont les discussions par rapport au projet d'arrêté royal. Comme vous le savez, les médecins généralistes ont réagi de manière transversale. La loi votée en son temps prévoyait, effectivement, en son article 23 de laisser la liberté en matière de coopération fonctionnelle dans le but d'organiser la permanence médicale.

Votre projet d'arrêté royal oblige en fait à s'inscrire dans le système de coopération des postes de garde, alors même qu'il y a aujourd'hui des dispositifs qui fonctionnent bien, qui ont été mis en place par les cercles et où le patient est véritablement au cœur du processus.

Votre dispositif, votre projet d'arrêté royal oblige d'ailleurs aussi à fonder une asbl supplémentaire pour la coopération, même s'il y avait déjà une asbl pour le poste de garde. En fait, on dédouble les coûts, plutôt que d'orienter ce budget vers le patient.

Vous dites qu'il y a un meilleur équilibre avec la vie privée. En même temps, alors que les cercles fonctionnaient très bien dans le cadre des postes de médecine de garde, les distances seront beaucoup plus importantes. Ce que vous gagnez peut-être d'un côté, vous le perdez de l'autre.

Au-delà des éléments de fond que je viens d'évoquer, je vous prie de garder la porte ouverte pour concerter les médecins généralistes sur ce projet d'arrêté royal. Je pense qu'il peut évoluer pour permettre plus de liberté sur l'organisation tout en maintenant le cap et les objectifs en matière d'organisation de santé publique pour les patients.

Permettez-moi d'insister, pour l'ensemble des médecins généralistes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- Kattrin Jadin à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La hausse du nombre de plaintes de la part des patients" (55002087C)

- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les plaintes relatives aux soins dentaires" (55002208C)

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La création d'un ordre des dentistes" (55002381C)

10 Samengevoegde vragen van

- Kattrin Jadin aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De stijging van het aantal klachten van patiënten" (55002087C)

- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De klachten over tandzorg" (55002208C)

- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De oprichting van een orde van tandartsen" (55002381C)

10.01 Eliane Tillieux (PS): Le quinzième rapport du service de médiation fédéral "Droits du patient" observe une augmentation de 13,7 % des plaintes de l'année 2017 à l'année 2018. Les praticiens qui ont suscité le plus d'interpellations sont les dentistes, à raison de 45 %.

Cela peut aller de la mauvaise réalisation d'un soin technique, d'un manque d'informations sur le coût du soin à un comportement déplacé ou encore à un problème d'accès à une copie du dossier.

Une des sept recommandations prioritaires formulées par le rapport est de mettre en place, de façon urgente, une instance de gestion des plaintes en soins dentaires. Cette initiative est également appuyée par l'Association dentaire belge francophone, qui en fait état dans son mémorandum 2019.

Ce lundi 9 décembre 2019, lors de la présentation annuelle du rapport d'activités, la nécessité du respect de la législation était un point d'attention important. Se posait la question du manque de sanctions appliquées lorsque la législation n'est pas respectée.

Créé depuis 1945 en France, l'Ordre national des chirurgiens-dentistes (ONCD) représente la profession auprès des pouvoirs publics. Il peut, à ce titre, être saisi de problèmes généraux et de tout projet concernant la profession.

Concrètement, cet organisme français ne trouve pas d'interlocuteur chez nous, ce qui pose sérieusement problème, notamment dans le cadre de la mobilité des praticiens. Certains dentistes radiés de l'ordre en France Certains dentistes radiés de l'ordre en France viennent par exemple pratiquer en Belgique, et nous n'avons aucune instance pour relayer l'information, ce qui leur permet d'exercer sans problème dans notre pays.

Madame la ministre, quelle est votre réaction face à cette augmentation du nombre de plaintes? Envisagez-vous de pallier l'absence d'encadrement de la profession dentaire par un organe régulateur, afin d'intégrer des missions de médiation, de contrôle et de sanction? *Quid* d'une instance de déontologie indépendante qui pourrait traiter de manière transversale les plaintes dans le domaine des soins de santé? Comment est contrôlée l'arrivée de praticiens étrangers dans le cadre de la mobilité européenne afin d'assurer la protection de la santé publique?

10.02 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, het is bekend dat de jaarverslagen van de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" elk jaar opnieuw wijzen op een proportioneel aanzienlijk aantal klachten van patiënten over tandartsen. Het jaarverslag van 2018 bevestigt deze situatie. De klachten over tandheelkunde die in 2018 binnenkwamen, vertegenwoordigen immers bijna 45 % van het totale aantal klachten van patiënten aan de dienst.

Zoals reeds herhaaldelijk aangegeven, valt deze situatie deels te verklaren door het beperkt aantal instanties voor klachtenbehandeling in de tandheelkunde. In die zin beveelt de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt" reeds vijftien jaar aan om een orde van tandartsen op te richten, een instantie die bijdraagt tot het verzekeren van het respect voor de patiënt, die een transparante werking heeft en die erop is gericht om op preventieve wijze richtlijnen te geven inzake de attitude en de praktijken van beroepsbeoefenaars.

Mevrouw de minister, hoe staat u tegenover het idee van de oprichting van een orde van tandartsen?

Als de federale ombudsdienst dit reeds vijftien jaar aanbeveelt, waarom is daarvan nog geen werk gemaakt?

Hebt u zicht op wat de tandartsen daarvan zelf vinden?

Hebt u daaromtrent reeds samen gezeten met de tandartsenverenigingen? Zo ja, wat was daarvan het resultaat?

Van de klachten die bij de federale ombudsdienst binnenkomen gaan er 45 % over tandheelkunde. Over hoeveel klachten gaat dit dan precies en wat is de verhouding per Gewest?

10.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, j'ai en effet pris connaissance du rapport annuel 2018 du Service de médiation fédéral "Droits du patient". Cela m'avait déjà été communiqué en avril 2019.

Selon le service de médiation concerné, il est difficile de cibler la cause de la hausse du nombre de plaintes de patients reçues et qui s'élève à 1 184 pour l'année 2018, soit 143 de plus qu'en 2017. Ces chiffres sont à mettre en perspective avec les 2,55 millions d'hospitalisations.

De ces 1 184 plaintes, 477 portaient sur la compétence directe du Service de médiation fédéral "Droits du patient". Un des facteurs d'explication peut être que les droits du patient sont de mieux en mieux connus, tout comme la faculté de porter plainte auprès d'un médiateur.

En ce qui concerne le suivi des statistiques et des recommandations du Service de médiation fédéral "Droits du patient", il est difficile de promettre des mesures en cette période de gouvernement d'affaires courantes. J'ose espérer que la loi relative à la qualité de la prestation du 22 avril 2019, qui entrera en vigueur en 2021, apportera des résultats en termes d'optimisation de la qualité des soins et en termes de prévention des plaintes.

Daar is onder meer in opgenomen dat door de oprichting van een nieuwe toezichtscommissie, waarin deze wet voorziet, de patiënt over een bijkomend alternatief kan beschikken om een klacht in te dienen. Krachtens artikel 2, 2° van deze wet, is ze ook van toepassing op het beroep van tandheelkundige. In de wet wordt ook voorzien in de oprichting van een federale toezichtscommissie met als opdracht toezicht uit te oefenen op, ten eerste, de fysieke en psychische geschiktheid van de gezondheidszorgbeoefenaars, en, ten tweede, de naleving door de gezondheidszorgbeoefenaars van de bepalingen van deze wet en de uitvoeringsbesluiten ervan.

Enfin, le droit du patient d'interpeller une fonction de médiation relève de la compétence fédérale. La manière dont il s'agit d'organiser les services de médiation hospitaliers relève à présent de la compétence des entités fédérées.

J'ai dit à plusieurs reprises que je n'étais pas opposée à dialoguer avec les représentants des entités fédérées en la matière. À la fin de la législature précédente, il a d'ailleurs été décidé, lors d'une conférence interministérielle, d'inscrire la fonction de médiation à l'agenda et de soumettre préalablement la problématique à un groupe de travail de cette conférence. Ce groupe de travail peut également se pencher sur ce problème de la croissance du nombre de plaintes.

Tot slot, mevrouw Sneppe, ik wens eraan te herinneren dat bij aanvang van het nieuw mandaat van de commissie voor patiëntenrechten alles in het werk werd gesteld om ervoor te zorgen dat ook het beroep van tandarts vertegenwoordigd zou zijn. Het doel van die maatregel was onder andere waar nodig stil te staan bij de relatie tussen tandheelkundige en patiënt. Kortom, aangaande de invoering van de orde der tandartsen lijkt het mij meer opportuun om prioriteit te geven aan de uitvoering van de kwaliteitswet van 22 april 2019.

10.04 Eliane Tillieux (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos précisions, plus particulièrement pour votre volonté de rencontrer les représentants des entités fédérées et pour la création d'un groupe de travail destiné à se pencher sur la question des plaintes. L'initiative est excellente. Par contre, pour ce qui concerne la question relative à la création d'un Ordre des dentistes, vous la balayez. J'imagine que la situation qui est la nôtre d'affaires courantes n'est pas étrangère à la réflexion.

Je pense qu'il est nécessaire de créer un organe de référence. D'ailleurs, à ce propos, vous n'avez pas répondu à une partie de ma question au sujet des dentistes français qui s'établissent sur notre territoire. Ils sont parfois déçus de leur qualité de praticien chez eux. Quand ils arrivent chez nous, il n'y a aucun réceptacle, aucun organe permettant de vérifier leur qualité. Ils exercent chez nous parfois en causant pas mal de dégâts. Nous avons connu quelques cas. Il me semble que la mise en place d'un organe serait de mise, que ce soit un Ordre des dentistes ou un organe qui s'en rapproche, mais il faudra se pencher sur la question.

10.05 Dominiek Sneppe (VB): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. De tanden zijn heel belangrijk, aangezien ze deel uitmaken van het gezicht en daardoor onmiddellijk opvallen. Iets mispeuteren aan de tanden kan heel zware gevolgen hebben voor de patiënt in kwestie. Daarom hoop ik dat die wet vlug in voege treedt en dat er snel wat mee gedaan wordt.

Ik treed mijn collega ook bij in het pleidooi voor een referentie-instantie waartoe mensen met specifieke klachten over tandheelkunde zich kunnen richten. Die instantie moet de klachten opvolgen en de

tandheelkundigen in kwestie berispen en op het matje roepen. Ik hoop dan ook dat er vlug iets aan gedaan wordt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55002111C de M. Malik Ben Achour est transformée en question écrite.

11 Question de Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La représentation des infirmiers au sein des structures des futurs réseaux hospitaliers" (55002143C)

11 Vraag van Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vertegenwoordiging van verpleegkundigen in de voorzieningen van toekomstige ziekenhuisnetwerken" (55002143C)

11.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, vous avez fait voter, il y a peu, une loi qui organise le réseautage clinique entre hôpitaux. Il y est notamment prévu des organes de gestion et de représentation composés de gestionnaires d'hôpitaux et de médecins.

Madame la ministre, quelle sera la place des infirmiers au sein des structures de gestion du réseau? Pourquoi une place spécifique ne leur a-t-elle pas été dédiée au vu de leur importance pour les patients dont ils sont au chevet?

11.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur le président, monsieur Rigot, il y aura bientôt un an que la législation sur les réseaux hospitaliers a été approuvée puisque son vote a eu lieu à la Saint-Valentin. Il était prévu à la Saint-Nicolas, mais cela n'a pas été possible en raison de la chute du gouvernement.

Cette réforme est considérable pour l'ensemble des parties concernées. Je reconnais parfaitement le rôle prépondérant des infirmiers dans les soins et plus particulièrement dans les hôpitaux. En effet, que serait un hôpital sans infirmiers? Mais ce n'est pas de cela dont il est question ici.

La mission première d'un réseau hospitalier est d'établir la stratégie médicale par analogie avec ce que la législation sur les hôpitaux impose aux structures hospitalières, à savoir que les décisions stratégiques médicales doivent être prises de manière concertée par l'administration et le Conseil médical. Cette même concertation est imposée dans la législation sur les réseaux hospitaliers.

Les soins aux patients relèvent explicitement de la mission individuelle des hôpitaux. Dans ce cadre, le directeur du département infirmier reste le responsable du fonctionnement organisationnel et opérationnel de son département. La situation ne change pas avec la mise en place des réseaux.

Je serais, bien entendu, la première à saluer une harmonisation entre les hôpitaux au niveau des départements infirmiers. Cette harmonisation est également nécessaire pour assurer la continuité des soins au sein du réseau. Mais nous ne légiférerons pas sur la manière dont cela doit se faire car cette décision leur appartient.

Un conseil consultatif des infirmiers pourrait également être organisé au niveau du réseau. La défense des intérêts en son sein représente quelque chose d'autre, qui relève du droit du travail. En ce domaine, tous les collaborateurs se trouvent sur un pied d'égalité. Aucun groupe professionnel en particulier, tel celui des infirmiers, n'est traité différemment des autres.

Je tiens cependant à signaler qu'une certaine expertise dans le secteur de la santé est imposée dans les organes de gestion du réseau, qui peuvent compter des médecins, mais également des infirmiers et d'autres professionnels des soins de santé. On attend d'eux l'indépendance indispensable à la prise de décisions dans l'intérêt des patients de la région ou du réseau. Recourir à de l'expertise infirmière dans la gestion entraînera certainement un impact important sur la prise de décisions médicales réfléchies sur le plan organisationnel.

11.03 **Hervé Rigot** (PS): Madame la ministre, tout d'abord, je me réjouis d'entendre les propositions que vous formulez, notamment à l'égard d'un conseil consultatif qui pourrait intégrer les infirmiers. En effet, il ne s'agit pas ici de se montrer dogmatique en les confinant à telle structure pour qu'ils soient entendus. Il s'agit

surtout d'envisager que celles et ceux qui sont les plus nombreux au chevet des patients soient bel et bien écoutés.

Pour que cela n'arrive pas à la Saint-Glinglin, mais peut-être à la Saint-Didier – patron des infirmiers – un coup de pouce du législateur me semble nécessaire. Il ne faut donc pas attendre que de telles instances soient installées, vu que le réseau est en voie d'élaboration, mais essayer d'encourager par des moyens légaux la mise en place d'une telle structure. De la sorte, les gestionnaires seront davantage incités à écouter les blouses blanches, comme – je l'espère – vous ne manquerez pas de le faire dans les prochaines semaines. Je vous remercie, madame la ministre.

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

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De drop-outcijfers bij ASO's" (55002147C)

12 Question de Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les statistiques de décrochage chez les médecins spécialistes en formation" (55002147C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, artsen-specialisten vormen een essentiële schakel in onze gezondheidszorg.

Zij worden meestal geconsulteerd na een verwijzing door de huisarts, wanneer een gespecialiseerde aanpak vereist is.

Om het gewenste niveau van kennis en kunde in een specialistendomein op te doen, is een intensieve en vaak langdurige opleiding nodig. Die opleiding gebeurt voor het grootste deel via stages in ziekenhuizen, waarbij de arts-specialist in opleiding op de werkvloer meedraait en van de stagemeester onderricht krijgt over de noodzakelijke bekwaamheden.

De combinatie van leren en werken maakt dat veel uren worden gepresteerd. De opleiding legt veel druk op de arts-specialist in spe. Er zou dan ook sprake zijn van een substantiële uitval van artsen-specialisten in opleiding.

Bijkomend steunt de opleiding tot arts-specialist op een federaal en een regionaal luik. Als arts valt een specialist in opleiding onder de gezondheidszorg, wat federale materie is. Als specialist in opleiding valt de arts onder onderwijs, wat een gemeenschapsbevoegdheid is. Het beheer van het statuut van arts-specialist in opleiding op twee niveaus maakt de situatie er dus niet gemakkelijker op.

Ik heb daarover een aantal vragen.

Ten eerste, hoe groot is het aantal artsen in opleiding dat tijdens de opleiding stopt? Op welke wijze worden die cijfers bijgehouden?

Ten tweede, hoe verloopt de doorstroom van de cijfers van de Gemeenschappen naar het federale niveau? Ontvangt Volksgezondheid cijfers van de Gemeenschappen? Waarom is dat wel of niet het geval?

Ten derde, welke initiatieven zult u nemen om de uitval in de opleiding tot arts-specialist terug te dringen?

12.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Gijbels, ik zal u de cijfers geven. Het is het uittreksel uit het kadaster tot 12 december 2019 over de evolutie van het aantal vrijwillige stopzettingen in stages voor specialismen ziekenhuisgeneeskunde. Dat is dus zonder de huisartsengeneeskunde en de niet-curatieve specialismen, zoals de arbeidsgeneesheren.

Wij zien dat de cijfers nog meevallen. Wij stellen vast dat voor de stages die in 2018 zijn begonnen, tot op heden negen stagiairs in opleiding hun stage hebben stopgezet, wat overeenkomt met 0,6 % van het aantal begonnen stages in 2018.

U ziet dat die cijfers schommelen, maar dat ze de laatste vijf jaar dalen.

De Gemeenschappen zijn bevoegd voor het goedkeuren en valideren van de stageplannen van de artsen-

specialisten in opleiding. Het stageplan is immers een instrument dat moet leiden tot de erkenning. Mijn bevoegdheid op dat vlak is dus onbestaande en ik heb die cijfers dan ook moeten opvragen bij de Gemeenschappen.

Die cijfers worden bijgehouden bij de Gemeenschappen, in eCAD, in het kader van het beheer van de stageplannen. De data worden gedeeld tussen het federale niveau en de deelstaten in het kader van een gezamenlijke applicatie voor het kadaster van erkende gezondheidszorgberoepsbeoefenaars. Het kadaster wordt aangevuld door de verschillende partners volgens hun bevoegdheid en wordt op federaal niveau beheerd in het kader van het protocolakkoord van 19 oktober 2015.

Wat uw vraag over de uitval betreft, in 2017 werd het Groenboek, getiteld "Naar een geïntegreerde oplossing voor stagecapaciteit, financiering van stage en kwaliteitsbewaking" voorgesteld aan de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Het kwam er naar aanleiding van de verhoogde instroom in de professionele stage naar aanleiding van de dubbele cohorte.

Ik kan u niet zeggen hoeveel vragen ik heb gekregen in verband met de dubbele cohorte. Om daaraan tegemoet te komen, hebben wij het Groenboek opgesteld. Ik denk dat dit een goede zaak was. Die dubbele cohorte ontstond in 2018, toen de promovendi van de zeven- en de zesjarige basisopleiding instroomden.

Op dit moment wordt op basis van data van de FOD en de Gemeenschappen een financiering toegekend aan stagemeesters die één ASO of meer in opleiding hebben. Die regeling is van toepassing voor 2016 tot en met 2018 voor stages in algemene ziekenhuizen. Vanaf 2019 geldt de regeling ook voor de stages in de universitaire ziekenhuizen.

Dit is mogelijk gemaakt door de toevoeging van de middelen van het universitaire onderdeel van het budget van financiële middelen, B9, bedoeld voor de opleiding. Ik merk op dat het budget voor de opleiding van artsen-specialisten meer dan verdubbeld is sinds de realisatie van het Groenboek.

Voor de verdere realisatie van het Groenboek wordt er gewerkt aan nieuwe concepten rond de evaluatie van de kwaliteit van de stages. Daarvoor zal allicht nieuwe wetgeving nodig zijn. Deze wordt momenteel voorbereid door de experts van de FOD.

De ASO's vragen ook een bemiddelingsfunctie voor problemen tijdens de stage. Dat is een legitieme vraag die wordt bekeken. Voorts verzoek ik de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen een advies uit te brengen over een nationale generieke opleidingsovereenkomst met afspraken over de vergoeding van de ASO. Die overeenkomst kan juridisch bindend worden verklaard.

Ten slotte zijn er nuttige contacten met het kabinet van de minister bevoegd voor Werk om de problematiek die rijst in het kader van de werktijdregistratie en de soms zware eisen van bepaalde stagediensten inzake beschikbaarheid voor prestaties in kaart te brengen en te remediëren.

12.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, op het eerste gezicht valt het aantal afhakende stagiairs misschien mee, maar er zijn ook cijfers bekend over het hoge aantal burn-outs en het hoge aantal werkuren bij stagiairs, over het gebrek aan arbeidsvreugde en motivatie dat zij nog uit hun werk halen. Wij moeten dat heel goed opvolgen, omdat die mensen natuurlijk dagelijks in contact staan met patiënten, waarbij het empathisch vermogen heel belangrijk blijft.

Het is dus zeer welkom om de kwaliteit van de stages op te volgen en een bemiddelingsfunctie in te voeren.

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

13 Questions jointes de

- Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coût des soins orthodontiques" (55002151C)
- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude de Solidaris sur l'orthodontie" (55002199C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'étude de Solidaris sur les soins orthodontiques" (55002831C)

13 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De kosten van orthodontische behandelingen" (55002151C)
- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De studie van Solidaris over orthodontie" (55002199C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De studie van Solidaris over orthodontische zorg" (55002831C)

13.01 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, tandzorg is vandaag al veel ter sprake gekomen. Ik heb het hier over een onderdeel, de orthodontie.

Ongetwijfeld hebt u kennisgenomen van de grootschalige studie van Solidaris uitgevoerd in Wallonië. Daaruit blijkt dat één op twee jongeren tussen tien en vijftien jaar op eigen initiatief of dat van de ouders de intentie heeft om te starten met orthodontie. Uiteindelijk vat één op vijf de behandeling niet aan. Dat gebeurt voornamelijk bij kinderen uit gezinnen met een lager inkomen.

De oorzaken ervan kunnen divers zijn. Dat kan de duur van de behandeling zijn, wat al snel enkele maanden of jaren in beslag neemt. Er is ook de kostprijs van de behandeling. Gemiddeld is dat 1.700 euro, maar dat kan nog hoger liggen en oplopen tot het dubbele, afhankelijk van het apparaat dat men moet gebruiken of voorgeschreven krijgt. De verplichte ziekteverzekering komt daar al in tussen, met een maximum van 800 euro. Een weinig benijdenswaardige vaststelling is dat patiënten met een aanvullende tandverzekering de facto zelfs meer betalen.

Er zijn bovendien heel weinig orthodontisten geconventioneerd. Indien ze niet geconditioneerd zijn, wat geldt voor negen op tien van de orthodontisten, kunnen ze supplementen aanrekenen, wat ze meestal ook doen.

In zijn aanbevelingen vraagt Solidaris een betere terugbetaling van orthodontie voor medische behandelingen en om een onderscheid te maken tussen medische behandelingen en esthetische ingrepen, zoals het Kenniscentrum ooit al eens in een rapport aanbeval. Bovendien vraagt men ook, terecht denk ik, naar een omkadering voor de kosten van apparaten, waarbij men een prijsvergelijking per type kan zien, aangevuld met een maximumbedrag, zodat men een betere keuze kan maken en op voorhand weet wat de keuze impliceert aan financiële tussenkomsten. Dat is dus een pleidooi voor een verplichte offerte met behandelplan, zodat de patiënt kan anticiperen op de kosten.

Mevrouw de minister, wat vindt u van de aanbevelingen van Solidaris om de kosten van orthodontie betaalbaar en op voorhand beter inschatbaar te houden voor, meestal, de ouders?

Hoe zult u ervoor zorgen dat meer orthodontisten, zoals meer tandartsen in het algemeen, opnieuw geconventioneerd zijn, waardoor ze de conventietarieven weer helemaal zullen naleven?

13.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le président, madame la ministre, une étude de Solidaris déplore que, si un enfant sur trois, âgé entre 10 et 15 ans, débute un traitement orthodontique, un enfant sur cinq ne le poursuivra pas et cela ne donnera pas lieu à la pose d'un appareil. L'étude conclut également que ce problème se pose principalement dans les familles défavorisées.

Un autre problème est le très haut taux d'orthodontistes déconventionnés (94 %). C'est pourquoi Solidaris plaide pour un meilleur encadrement des tarifs pratiqués, pour un meilleur remboursement ainsi que pour un devis obligatoire et standardisé.

Madame la ministre, que pensez-vous des recommandations de la mutualité Solidaris? Selon vous, quelle est la raison du très faible taux de conventionnement des dentistes? Que comptez-vous faire pour améliorer ce taux? Avez-vous déjà pris des mesures? Y a-t-il un cadre de contrôle pour les conventions?

13.03 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, dans le communiqué de presse sur l'étude de Solidaris concernant le coût du traitement orthodontique, deux conclusions ressortent, qu'il convient d'examiner plus en détail. D'une part, les enfants qui commencent un traitement orthodontique ne reçoivent pas tous un appareil orthodontique. D'autre part, le coût moyen varie. Ce sont des affirmations plutôt simplistes. Tous les enfants n'ont pas vraiment besoin d'un appareil à l'issue de l'examen en vue de commencer un traitement orthodontique, par exemple parce que l'anomalie est plutôt de nature esthétique. Que le coût varie est une évidence lorsqu'on sait que les anomalies peuvent fortement varier, tout comme, par conséquent, la durée du traitement.

L'assurance maladie ne rembourse, en effet, pas l'intégralité du traitement. La plupart des orthodontistes n'ont pas adhéré à l'accord tarifaire.

Dat alles heeft een historische oorsprong. Er waren namelijk wat de nomenclatuur van de tandzorg betreft, alleen maar tandartsen. Zij hebben het akkoord en de nomenclatuur vormgegeven. Daarna is er de erkenning gekomen van specialismen, waaronder de orthodontie. Dat is een recent fenomeen. Toen ik jong was, bestond dat niet, maar mijn kinderen hebben daarvan ook genoten, al is "genoten" een groot woord.

In het akkoord 2017-2018, punt 4, laatste lid, was opgenomen dat een werkgroep tegen einde 2017 voorstellen zou doen om het terugbetalingsmechanisme voor orthodontie te evalueren en om te onderzoeken of een differentiatie in de terugbetaling mogelijk was, afhankelijk van de ernst van de gebitsafwijking, met een betere terugbetaling voor de ernstige afwijkingen. In datzelfde akkoord was eveneens opgenomen dat er werk gemaakt zou worden van een verplichte prijsraming vooraleer men begon aan de behandeling.

Ik stel vast dat de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen dat dode letter heeft gelaten en daarvan eigenlijk geen werk heeft gemaakt. In het Belgisch overlegmodel komen de voorstellen van aanpassing voor terugbetaling en aanpassing van de nomenclatuur vanuit de overlegorganen. Natuurlijk is het niet eenvoudig om een mechanisme van gedifferentieerde terugbetaling te vinden naargelang de ernst van de afwijking; meerderen hebben hun tanden daarop ondertussen stukgebeten. Sommige verzekeringsinstellingen pasten bijvoorbeeld de *index of treatment* niet toe voor de betaling van hun aanvullende tussenkomst in de orthodontie. Zij moesten daarop reeds snel terugkomen, omdat hun leden niet begrepen waarom ze voor het ene kind meer terugtrokken en voor het andere minder. Sommige afwijkingen werden niet heel erg bevonden, bijvoorbeeld een kruisbeet, terwijl de ouders dat wel erg vonden.

Uiteindelijk besloot men dan om iedereen een vast bedrag uit te betalen, ook al is er een verschil in behandelingen, die duurder en langduriger kunnen zijn. Dat heeft bijvoorbeeld ook met de groei te maken. Jongens zijn bijvoorbeeld duurder, omdat die kaak meer verandert tijdens de puberteit. Dat is geen discriminatie maar eigen aan de groei en het geslacht. Men is er niet helemaal uitgeraakt en men heeft beslist om de discussies af te kappen en een vast bedrag uit te betalen.

Ik vind het erg dat het akkoord van de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen gewoon dode letter bleef, want er is ter zake wel degelijk een grote nood. Wij zien nu immers dat steeds meer gebitsafwijkingen wel orthodontisch behandeld kunnen worden. Als men jaren geleden te grote tanden had en een te kleine mond, werden er kostbare premolaren getrokken. Nu wordt daar op een andere manier een oplossing voor gezocht, met behoud van die tanden. Dat is uiteraard beter voor de kinderen, die hun gebit nog heel lang moeten kunnen gebruiken.

13.04 Jan Bertels (sp.a): Mevrouw de minister, orthodontie is een erkend specialisme. Als men A zegt, moet men ook B zeggen en voor orthodontie in normale terugbetalingstarieven voorzien. Op die manier kunnen alle kinderen genieten van orthodontie. Niemand van ons wil immers een gezondheidszorg met verschillende snelheden. In de orthodontie bestaat dat fenomeen al. Daar moeten we iets tegen doen.

Ik betreur samen met u dat het voorlaatste akkoord van de Dentomut met betrekking tot orthodontie dode letter bleef. U mag zich niet verschuilen achter het overlegmodel. Ik ben wel de laatste persoon die het overlegmodel zal betwisten, maar in de gezondheidszorg werkt dat overleg in het kader van een tripartite. De overheid maakt dus deel uit van dat overlegmodel. Ik verzoek u dan ook om in het kader van die tripartite, die in bijna alle organen van het RIZIV speelt, een tandje bij te steken voor de terugbetaling van orthodontie voor medische behandelingen. U moet ervoor zorgen dat die orthodontie voor iedereen toegankelijk wordt.

13.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis étonnée par le fait que vous mettiez en cause les résultats de cette étude. Il est évident que les traitements orthodontiques ont un coût très important pour les familles et qu'elles n'y ont souvent pas recours pour cette raison.

La société évolue et il me semble normal que de plus en plus de gens puissent accéder à des soins pour avoir une dentition correcte. Un meilleur remboursement me semble être une option.

Votre idée de suivre un critère de sévérité pour mieux rembourser va entraîner beaucoup de débats car c'est une notion assez abstraite. Je pense qu'il faut revoir les critères de remboursement afin de pouvoir commencer les traitements dès le plus jeune âge. Mais si on rembourse mieux, cela signifie qu'il faut mieux contrôler les prix car les appareils orthodontiques sont exagérément chers. On pourrait par exemple procéder également par appel d'offres.

Enfin, en ce qui concerne le fait que l'accord soit resté lettre morte, il est aussi de votre responsabilité de prendre cela en main.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het verbod op kortingen op alcoholhoudende dranken" (55002177C)

14 Question de Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'interdiction des promotions sur les boissons alcoolisées" (55002177C)

14.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik diende mijn vraag in vlak voor de feestdagen en vroeg me toen af of het wel gepast was over alcohol en alcoholreclame te spreken. Ondertussen is het volop *tournée minérale* en komt het goed uit dat we even moesten wachten. Zeker in de maand februari is iedereen het erover eens dat alcohol ernstige schade kan berokkenen aan onze gezondheid. Toch worden we overal geconfronteerd met reclame en kortingen op alcoholische dranken: in winkels, tankstations, langs de weg. Cafés geven soms forse kortingen, bijvoorbeeld in de vorm van een happy hour, die aanzetten tot overmatig alcoholverbruik.

Het debat over alcoholmarketing wordt gevoed door tegenstrijdige belangen. Enerzijds zijn er duidelijke adviezen van de Hoge Gezondheidsraad om de hoeveelheid en de frequentie van alcoholverbruik te beperken. Wetenschappelijk BELSPO-onderzoek toonde een positief verband aan tussen de blootstelling aan alcoholreclame en de initiële leeftijd voor alcoholverbruik, de hoeveelheid en de frequentie van alcoholconsumptie bij jongeren en recidivegedrag bij personen die herstellen van een alcoholverslaving. Anderzijds zijn er de economische belangen van de alcohol-, horeca- en marketingsector. U hebt geprobeerd beide belangen te verenigen in een convenant inzake de reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken. Onderzoekers oordelen evenwel dat de Jury voor Ethische Praktijken, het vooropgestelde zelfregulerend mechanisme, onvoldoende het belang van de volksgezondheid beschermt.

Bent u er voorstander van om een verbod op alcoholreclame in te voeren, naar analogie van het verbod op tabakhoudende producten? Hoe ziet u dat? Welke kortingen zouden volgens u wel of niet toegelaten zijn? Hoe ziet u dat in het kader van de algemene volksgezondheid, en specifiek gericht op jongeren?

Met welke beleidsdoelstellingen wilt u het alcoholgebruik bij adolescenten, de 18- tot 25-jaringen in het bijzonder, en bij uitbreiding ook de volwassen bevolking, verminderen? Vaak wordt gezegd dat er geen draagvlak is voor die beleidsdoelstellingen, om echt actie te ondernemen. Hoe werkt u aan dat draagvlak dat we nodig zullen hebben om die beleidsdoelstellingen te halen?

14.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Creemers, zoals u weet, zijn er in de vorige legislatuur al verschillende pogingen geweest om met de verschillende ministers van de Gemeenschapsregeringen maatregelen te nemen voor de preventie van alcoholgebruik en –misbruik. Ook vóór mijn aantreden zijn er pogingen geweest om met hen tot een algemeen afgestemd beleid te komen dat alcoholmisbruik bestrijdt.

Dat is om verschillende redenen niet gelukt. Ik heb daar al vele vragen over beantwoord. Maar ik heb wel altijd ingezet op mijn eigen bevoegdheden ter zake.

Het draait wat mij betreft steeds om dezelfde kwestie. Er moet een verantwoord gebruik van alcohol zijn. Dat is een zaak van correcte informatieverstrekking en fel inzetten op preventie.

Ik geloof echter niet in het diaboliseren van elk alcoholgebruik, want het merendeel van de mensen gaat er eigenlijk wel correct mee om. Het is het problematisch alcoholgebruik dat wij op tijd moeten detecteren en aanpakken. Het diaboliseren draagt niet bij tot het gewenste draagvlak voor bepaalde gedragsveranderingen.

Ik ben van mening dat de hervorming van de Jury voor Ethische Praktijken een kans verdient. Zo zal onder andere de FOD Volksgezondheid worden uitgenodigd wanneer er klachten over alcoholreclame besproken worden.

Ook het verplicht doorspelen van reclame op televisie en radio aan de Jury voor Ethische Praktijken helpt. Het is namelijk door elkaar beter te begrijpen dat de toepassing van het alcoholconvenant alleen maar kan verbeteren.

Ik zeg u dat dit ook in de volgende legislatuur nog een hele uitdaging zal blijven. Ik vind dat niet alleen alcoholgebruik, maar ook drugs- en tabaksgebruik slecht geregeld zijn. U kent mijn mening daarover. Ik vind het veel verlies van energie en moeite dat zo'n belangrijk domein zo versnipperd geraakt is door alle staats-hervormingen.

Ik zie mevrouw Merckx knikken. Het is erg jammer dat men meende betere resultaten te behalen op het terrein door dit zo in te delen. Ik snap gewoon niet waar men dat gehaald heeft. Maar het is wat het is.

U weet dat het mijn voorstel is om dit allemaal op één niveau te brengen. Dat zou dan het federale niveau moeten zijn.

Wij staan ook in voor de vroegtijdige detectie. Ik heb liaisonmensen op de spoedafdelingen gezet. Een gebroken pols kan te wijten zijn aan de schoenen of de vloer, maar het kan ook zijn dat men zich een stuk in de kraag heeft gedronken.

Er worden ook jonge mensen met alcoholintoxicatie binnengebracht. Mensen op muziektijven zijn soms gewoon van de wereld door alcohol. Dat kan occasioneel gebruik zijn, maar bij sommigen gaat het om frequent gebruik. Dan is er al een probleem. Het kan dan nog tien jaar duren vooraleer men dat als echt problematisch ervaart op het werk, in het gezin, bij de kennissen.

Ik vind niet dat elke mens die eens een glas drinkt, moet worden gediaboliseerd en als een grote alcoholist aan de schandpaal moet worden genageld.

Ik denk dat we daarmee echt op een andere manier moeten omgaan. Ik heb moeite met mensen die zeggen dat elke druppel er een te veel is. Ik ken mensen die honderd jaar of ouder zijn geworden en nu en dan een druppeltje dronken. Dat waren vooral vrouwen. Zij hebben nooit een problematisch alcoholgebruik gehad. Soms ziet men al heel jonge mensen wel een problematisch gebruik ontwikkelen.

Ik denk dat het zonde is dat dit belangrijk domein zo versnipperd is geweest.

14.03 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat wij het erover eens zijn dat de versnippering moet worden aangepakt. Toch denk ik dat er voor u op federaal niveau nog kansen open liggen. Ik verwijs naar het gegeven dat onze commissie voor Gezondheid vorige week een verbod op tabaksreclame unaniem heeft goedgekeurd. Zonder te diaboliseren kunnen wij op een vergelijkbare manier bekijken hoe het zit met alcohol. Vooral jonge mensen worden door de happy hours aangezet om het dubbele te drinken van wat zij betalen. Ik denk dat wij in dat verband binnen de federale bevoegdheid kansen hebben die we momenteel laten liggen. Misschien moeten wij onze ideeën daarover in een resolutie of wetsvoorstel gieten? We gaan daar zeker nog mee aan de slag.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La logopédie" (55002186C)

- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement des frais de logopédie" (55002489C)

15 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Logopedie" (55002186C)

- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van logopediekosten" (55002489C)

15.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, vous vous souviendrez que nous avons eu un certain nombre de discussions sur la question lors de la précédente législature. Je suis d'ailleurs personnellement intervenue à plusieurs reprises. Finalement, on a pu avancer sur ce dossier afin que les enfants qui ont un QI inférieur à 86 ne soient plus pénalisés. En effet, ces enfants sont de plus en plus régulièrement scolarisés dans l'enseignement ordinaire. Et le fait qu'ils ne puissent pas, comme les autres, bénéficier, indépendamment d'une approche particulière, du remboursement de prestations de logopédie posait problème. C'est le cas notamment des enfants autistes.

Comme vous le savez, la loi du 8 mai 2019 modifie la prise en charge des prestations de logopédie. Il était donc nécessaire de prendre un arrêté royal relatif à une recherche pluridisciplinaire en lien avec la Commission de convention logopèdes-organismes assureurs.

Madame la ministre, je reviens aujourd'hui sur le sujet car il s'agit d'un point interpellant pour les enfants concernés. Ce faisant, pourriez-vous nous éclairer quant à la mise en œuvre de cette loi? La Commission de convention logopèdes-organismes assureurs a-t-elle déjà abordé la question? La recherche pluridisciplinaire notamment sur le volet des règles de cumul de prestations de logopédie monodisciplinaire avec une rééducation pluridisciplinaire pour les enfants dont le QI est inférieur à 86 a-t-elle ou non commencé? Si oui, quelles sont les modalités de cette recherche? Dans la négative, puis-je vous presser de prendre les dispositions nécessaires pour qu'elle puisse débuter?

15.02 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, ma collègue Mme Fonck a déjà brossé le sujet que nous allons aborder à l'instant. Il y a une injustice, une inégalité dans notre système de soins concernant les différents remboursements des séances de logopédie entre les enfants qui ont un QI supérieur à 86 et les enfants qui ne peuvent réussir ce test. Il s'agit d'un problème de remboursement, notamment.

Nous nous trouvons un peu dans l'histoire éternelle de l'œuf et de la poule. Ces enfants, qui sont particulièrement vulnérables, ont besoin de logopédie pour augmenter leurs chances de réussir le test de QI. Mais c'est justement ce test de QI, qu'ils ne parviennent pas à réussir, qui leur permettrait d'accéder au remboursement de la logopédie.

Madame la ministre, Mme Fonck a évoqué il y a quelques instants le contexte législatif que vous connaissez, qui date de début 2019. Qu'en est-il de la recherche qui devait être amorcée? Le critère du QI pourrait-il être revu pour enfin donner à tous ces enfants l'accès aux soins dont ils ont besoin? La logopédie ne pourra qu'améliorer leur bien-être et leur inclusion sociale demain. Envisagez-vous au besoin une modification de la législation à court terme?

15.03 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, la Commission de convention logopèdes-organismes assureurs a effectivement été informée de la loi du 8 mai 2019 modifiant la prise en charge des prestations de logopédie et sa portée. La Commission n'a pas encore conclu sur la façon de mettre cette loi en application. Elle a constaté que des moyens financiers supplémentaires ne sont pas prévus par le gouvernement pour 2020.

La Commission va continuer la concertation avec les acteurs pluridisciplinaires et le monde scientifique. Pour l'instant, elle négocie une nouvelle convention pour garantir l'accès des patients au traitement logopédique, et la sécurité tarifaire.

Il est évident que nous continuons à suivre ce dossier de près.

15.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, ce n'est pas court et bon. C'est court et bref! Que vous dire? Si ce n'est que, *in fine*, ne pas avancer sur ce dossier coûtera, selon moi, encore beaucoup plus cher. De fait, parmi eux, il y a des enfants autistes qui ne sont pas nécessairement suivis dans un centre pluridisciplinaire, qui sont intégrés dans l'enseignement ordinaire et qui ne peuvent pas bénéficier d'un remboursement en logopédie. Ces enfants sont traités comme des enfants différents. En matière de justice sociale, d'équité sociale et d'accès aux soins de santé, c'est problématique. Par ailleurs, pour ce qui est de la réussite de leur parcours scolaire et de leur intégration sociétale, ils sont perdants. Nous sommes donc tous perdants. Je me permets dès lors, madame la ministre, d'insister lourdement auprès de vous pour qu'on puisse avancer.

15.05 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, j'entends que cela avance mais qu'on ne sait pas donner de

délai. Il n'y a pas aujourd'hui de réponse budgétaire à la situation, même si on y reste attentif. Je trouve effectivement que c'est un peu court. Vous dites que vous êtes attentive. Nous le sommes tous, je l'espère, attentifs à cette réelle injustice qui mène à des situations de précarité les enfants les plus vulnérables qui effectivement risquent, demain, des dommages irréversibles. C'est une discrimination persistante et qui va même à l'encontre de l'article 3 de la Convention internationale des droits de l'enfant. L'intérêt supérieur de l'enfant est évident dans cette situation et, plus que jamais, il faut agir maintenant, madame la ministre, sans quoi il sera trop tard pour toute une génération que vous allez sacrifier.

Nous attendons des actions plus que des réflexions. Nous vous avons donné des textes légaux pour y parvenir. Affaires courantes ou pas affaires courantes, budget ou pas budget, nous attendons dorénavant des actions et, s'il le faut, nous pouvons les mener avec vous.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Paliperidon" (55002205C)

16 Question de Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La palipéridone" (55002205C)

16.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag gaat over paliperidon.

Het RIZIV stelde de top 25 van de werkzame bestanddelen van de uitgaven in de ambulante sector van de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2018 voor.

Wat mij heel erg verwonderde, is de stijging van het voorschrijven van paliperidon, een atypisch antipsychoticum dat wordt voorgeschreven voor de behandeling van schizofrenie of schizo-affectieve stoornissen. Het staat op de tiende plaats. In 2018 werden 15.366 patiënten met paliperidon behandeld.

Ik heb ter zake een aantal vragen.

Ten eerste, in de voorbije drie jaar stel ik een gemiddelde jaarlijkse toename met 8 % per jaar vast van het nettobedrag dat aan de behandeling met paliperidon wordt besteed.

Wat is volgens u de verklaring voor de stijging, ondanks het feit dat er ook een generiek, Invega, voorhanden is, wat automatisch een prijsdaling met zich brengt?

Ten tweede, in 2018 zijn 15.366 patiënten met paliperidon behandeld. Kan u mij de evolutie van het aantal behandelde patiënten in de periode van drie jaar mededelen, aangezien de generiek op de markt is gekomen?

Ten derde, kan ik een overzicht ontvangen van de leeftijdsverdeling van de patiënten die met het middel worden behandeld?

16.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, het is een hele geschiedenis.

Sinds de introductie van chloorpromazine in 1952 zijn antipsychotica inderdaad een belangrijk onderdeel van de symptomatische behandeling van psychotische stoornissen. In de klinische praktijk volgt een recidieve psychose vaak nadat een patiënt met een antipsychoticum stopt.

Veel mensen vinden het lastig om een langdurig voorgeschreven medicamenteuze behandeling te volgen. Bij mensen met een psychotische stoornis wordt langdurig gebruik van medicatie vaak gecompliceerd door een gering ziektebesef en cognitieve stoornissen.

Meer dan één op drie mensen met een psychose stopt al na vier weken behandeling met het geadviseerd antipsychoticum of gebruikt niet langer de geadviseerde dosis. Na elke recidieve psychose bestaat de tendens dat de herstelperiode langer duurt, kan er meer cognitieve achteruitgang optreden en zijn er aanwijzingen dat antipsychotica bij sommige mensen minder effectief zijn in de vermindering van de psychotische symptomen. Op langere termijn kan dat leiden tot slechtere symptomatische, sociale en

lichamelijke uitkomsten. Preventie van recidieve psychose is daarom een belangrijk doel in de behandeling van psychotische stoornissen.

Voor paliperidon is de belangrijke stijging van de uitgaven een rechtstreeks gevolg van de stijging van het gebruik van dat antipsychoticum. Uit het MORSE-rapport van 2016 blijkt dat in de periode 2013-2016 het aantal patiënten stabiel blijft, maar het aantal *defined daily doses* licht stijgt. De totale uitgaven voor antipsychotica zijn in 2016 met 12,5 % gedaald, wat verklaard kan worden door de toepassing van het referentierugbetalingssysteem voor aripiprazol, wat voor die besparingsmaatregel de grootste uitgavenpost was in die geneesmiddelenklasse. Die besparingen verhullen echter een toename van de uitgaven gelinkt aan een groeiend verbruik van paliperidon. Aangezien de referentiecluster geopend werd in april 2019, zouden wij binnenkort ook een daling moeten zien in de uitgaven voor paliperidon. Dat zal uit een volgend MORSE-rapport moeten blijken.

Dan heb ik voor u nog een tabel met de evolutie van het aantal behandelde patiënten, ingedeeld per leeftijd, voor de periode 2015-2018. De bron van de gegevens is de databank van Farmanet. Daar kunt u zien welke patiënten het vaakst dit product gebruiken. U ziet dat de grootste groep zich tussen 30 en 51 jaar bevindt.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het bevestigt mijn bezorgdheid met betrekking tot recidiverende psychoses in de maatschappij. Dit is een probleem dat wij van heel nabij moeten bekijken. Uit de leeftijd van de patiënten – 30 tot 51 jaar – blijkt dat zij deel uitmaken van de actieve bevolking. Wij moeten nagaan wat de oorzaken van die prevalentie zijn.

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

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De biobank" (55002206C)

17 Question de Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La biobanque" (55002206C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, in de wet betreffende menselijk lichaamsmateriaal wordt de definitie van biobank bepaald. Universiteiten en onderzoekslabo's geven aan dat de interpretatie van de wet betreffende menselijk lichaamsmateriaal voor discussie zorgt. Op dit moment moeten de onderzoekslaboratoria bij een uitgebreide interpretatie van de wet alle menselijk materiaal rapporteren, ook indien dat herhaaldelijk gemuteerd is en amper nog een link met het originele DNA bevat.

Ten eerste, bent u op de hoogte van de problematiek?

Ten tweede, klopt het dat er een gentleman's agreement is omtrent de interpretatie van de wet?

Ten derde, Vlaanderen is een kennisregio die hard inzet op onderzoek en ontwikkeling. Een aanpassing van de wet dringt zich dan ook op. Zal uw kabinet hiervoor initiatieven nemen?

17.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Depoorter, we zijn op de hoogte van de door u aangehaalde problematiek. Die werd meermaals opgeworpen, onder andere in het kader van de werkgroep ter voorbereiding van het Compendium biobanken, een interpretatief werkdocument dat in samenwerking met de sector werd uitgewerkt. Daarbij werd inderdaad gesteld dat elk type afgeleid materiaal, zoals onder andere cellijnen of geëxtraheerde materialen, zou moeten worden geregistreerd in een biobank. De vertegenwoordigers van de academische sector en de farmaceutische industrie hebben meermaals geargumenteed dat dat niet haalbaar zou zijn.

Om aan de problematiek een oplossing te bieden, werd een wetswijziging voorbereid. Evenwel heeft het wetsontwerp ten gevolge van de val van de regering geen ingang kunnen vinden. Wij hadden nog wel een aantal punten hier als voorstel kunnen laten indienen, maar het betreft echt wel een ingrijpend wetsontwerp en dat kon dus niet uitgevoerd worden. Leden van de Kamer hebben de betreffende wijzigingsbepalingen vervolgens ingediend als wetsvoorstel, zowel tijdens de vorige legislatuur als de deze. Die bepalingen zijn het resultaat van verregaand overleg met de betrokken actoren, met name de academische instellingen en de farmaceutische industrie.

Daarbij zou een soepeler regime worden ingevoerd voor artificieel materiaal, zoals cellijnen, en geëxtraheerd materiaal, voor zover die niet worden aangewend voor genetisch onderzoek. U kunt die wetsvoorstellen terugvinden. Aangezien het gezondheidsrisico minimaal is, krijgen de inspecties met betrekking tot de collecties geëxtraheerd materiaal of artificieel materiaal de laagste prioriteit toegekend in afwachting van de bovenvermelde wetswijziging, die er ooit wel zal komen.

17.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb die wetsvoorstellen nog niet zien passeren als zijnde prioritair, maar ik zal die zeker opzoeken en mee opvolgen. De N-VA-fractie is zeker geneigd zulke voorstellen te steunen. Wij zullen die uiteraard eerst bestuderen, maar wij zijn van mening dat het in een kennisregio als Vlaanderen absoluut noodzakelijk is om daartoe initiatieven te nemen.

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

Le **président**: La question n° 55002219C de M. Bertels est reportée.

18 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le Fonds blouses blanches" (55002289C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La mise en oeuvre du Fonds blouses blanches" (55002874C)

18 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55002289C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De implementatie van het Zorgpersoneelfonds" (55002874C)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, j'avais déposé cette question le 19 décembre dernier et, le lendemain, l'arrêté royal était publié au *Moniteur belge* dans le cadre des fonds sociaux Maribel pour 2019.

Des fonds sociaux Maribel sont chargés de l'exécution du Fonds blouses blanches. Les grandes questions qui se posent aujourd'hui sont de savoir comment le cadre budgétaire sera pérennisé (puisque nous sommes maintenant en 2020), de quelle manière ces fonds seront affectés pour que ce soit efficace et efficient par rapport à la réalité de terrain. Si je me permets d'insister, c'est parce qu'il faut à la fois davantage de personnel soignant au chevet du patient, mais aussi travailler sur l'attractivité du métier d'infirmier. Je l'ai toujours dit: un fonds pour engager ne suffit pas compte tenu des pénuries majeures sur le terrain, les hôpitaux ne sachant pas engager.

Aura-t-on à ce sujet des solutions négociées avec les acteurs de terrain? Serez-vous ouverte et en phase avec la manière avec laquelle les partenaires sociaux travailleront sur les affectations du budget dans le cadre des fonds sociaux Maribel?

18.02 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, mijn vraag gaat over de concrete uitvoering van het Zorgpersoneelsfonds 2019. Intussen is deze zaak natuurlijk al geëvolueerd, want u hebt een nota gestuurd aan het fonds sociale Maribel. Daarin werd uitleg verschaft over de manier waarop de middelen werden toegekend.

Van de actoren op het terrein horen we echter dat er bij de toekenning van die middelen beperkende criteria gehanteerd werden. Op het terrein was er daarover nogal wat ongerustheid en men vraagt dan ook nieuw overleg om die middelen optimaal in te zetten. Zult u daar gevolg aan geven?

18.03 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, fin novembre 2019, notre assemblée a approuvé à une large majorité la proposition de loi relative au Fonds blouses blanches. L'accord politique auquel nous sommes parvenus avec une grande majorité était très clair en ce qui concerne son champ d'application. Il s'agit du secteur hospitalier tant privé que public et des soins infirmiers à domicile. Les textes de loi approuvés le mentionnent clairement et sont très transparents à ce sujet. Les maisons médicales ne sont donc pas concernées.

Le Fonds blouses blanches relève des compétences du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Il n'était pas évident d'attribuer à court terme des moyens du Fonds blouses blanches corrects à qui de droit. Afin que le SPF Santé publique puisse transférer ces moyens au Comité de gestion de la commission paritaire 330 ainsi qu'au Comité de gestion du Fonds Maribel social du secteur public, un arrêté d'exécution technique budgétaire a été adopté et signé par le Chef de l'État le 20 décembre 2019.

Cet arrêté d'exécution fixe la répartition entre le Comité de gestion de la commission paritaire 330 et le Fonds Maribel social du secteur public et ce, en fonction du personnel employé en 2017 exprimé en équivalents temps plein au sein des secteurs concernés, tel que prévu dans la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches.

Le 11 janvier 2020, le Comité de gestion de la commission paritaire 330 a reçu un montant de 42 millions d'euros, tandis que le Comité de gestion du Fonds Maribel social du secteur public aurait reçu un montant de 16,8 millions d'euros.

In overleg met de minister van Werk werd een informatienota verstuurd over de aanwending van de middelen van het Zorgpersoneelsfonds. Er moeten namelijk meer mensen rond de patiënt komen. Verder werd onder andere ook aangegeven hoe de controle moet plaatsvinden. Vervolgens was er verder overleg met de sociale partners binnen het beheerscomité van de Maribelfondsen, waarin ook een regerings-commissaris zetelt.

Er is tevens in 8 miljoen euro voorzien voor de zelfstandige thuisverpleging. Er is al overleg geweest met de verschillende stakeholders over de manier waarop dat bedrag het beste kan worden aangewend. Dat is echter nog niet afgewerkt omdat de meningen nogal uiteenlopen. Wij willen vooral meer mensen in de thuisverpleging. Sommigen hadden dat verkeerd begrepen en meenden dat het geld anders kon worden aangewend, bijvoorbeeld voor het verhogen van de ondersteuning, telematicapremies en dergelijke. Dat is mogelijk in een volgende fase, als het gaat om het aantrekkelijker maken van het beroep. Hier was het echter de bedoeling om meer verpleegkundigen bij de patiënten te krijgen.

18.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie de vos réponses.

Le premier objectif consiste évidemment à augmenter le nombre d'infirmiers au chevet du patient, puisque nous connaissons un problème de pénurie. Nous assistons à une sorte de cercle vicieux: d'une part, on ne peut pas engager; et de l'autre, faute de rendre le métier plus attrayant, on ne dispose pas d'un surcroît d'infirmiers disponibles sur le marché du travail. C'est pourquoi l'emprunt d'une double voie me semble indispensable: travailler sur le nombre de soignants au chevet du patient et, en parallèle, sur le volet de l'attractivité. Cela vaut aussi bien pour les hôpitaux que pour les soins à domicile.

Pour pouvoir apporter des réponses équilibrées, des pas essentiels doivent être franchis à travers la concertation. Je me permets d'insister en ce sens.

Enfin, comme nous sommes déjà en février, il importe de pérenniser ce fonds au cours de cette année. Cela vous appartient également.

18.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Madame la ministre, je vous remercie de vos réponses.

Je me réjouis d'apprendre que l'argent est parvenu aux différents fonds Maribel. Pour le reste, nous attendons de les voir se pérenniser de manière plus structurelle. À ce titre, il me semble que le secteur des maisons médicales a été oublié. Or, des soins infirmiers y sont également prodigués. Ce volet devrait donc être pris en compte.

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

19 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Crysvita (burosumab)" (55002274C)

- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het geneesmiddel Crysvita (burosumab)" (55002282C)

19 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le Crysvida (burosumab)" (55002274C)

- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le médicament Crysvida (burosumab)" (55002282C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb de vraag blijkbaar twee keer ingediend.

Na de verhalen van Pia, Victor en Valentina zijn er ook verhalen van ouders met een kind met XLH (X-linked hypophosphatemia). Zij slaan ook alarm over het product burosumab of Crysvida, dat in verschillende Europese lidstaten al wordt terugbetaald, terwijl dat in ons land nog niet het geval is. Er zouden momenteel onderhandelingen worden gevoerd over Crysvida. Kunt u daarover meer informatie verschaffen?

Hoeveel patiënten zijn er in ons land met de diagnose XLH?

Zijn er patiënten die toegang hebben tot burosumab via *compassionate use* of een medical-needprogramma?

In een Europese studie over patient WAIT-indicatoren scoort ons land niet goed inzake de toegankelijkheid van weesgeneesmiddelen. Gaat u daarvoor stappen ondernemen?

Bent u bereid in de begroting van het geneesmiddelenbudget in een partiële begroting te voorzien voor patiënten met weesziekten?

19.02 Minister Maggie De Block: Dank u voor uw vraag. Wat burosumab betreft, bevestigt het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten dat er op het ogenblik geen enkel medisch noodprogramma bestaat.

Voor de WAIT-indicator wordt voor België ook de tijd tussen de toekenning van de vergunning en de aanvraag voor vergoeding meegeteld.

Een en ander is ook afhankelijk van de strategische beslissing van het bedrijf om te wachten met de indiening van het dossier, van de doorlooptijd van de procedure voor terugbetaling, die wettelijk 180 kalenderdagen bedraagt, en van de onderbrekingen in het besluitvormingsproces, wel steeds op verzoek van het bedrijf. Het bedrijf kan dus een soort time-out in de onderhandelingen vragen en dan wordt de procedure opgeschort. Noch het RIZIV, noch ikzelf als minister van Volksgezondheid kan de procedure schorsen. Als die geschorst wordt, is dat altijd op verzoek van het bedrijf.

Wat de doorlooptijden betreft, heb ik waar mogelijk al snellere administratieve procedures ingesteld, met een beslissingsboom om nieuwe indicaties vlotter toegankelijk te maken. Ik werk ook samen in Beneluxa om voor de toekenning van een vergunning al het voorbereidend werk te doen. Daarom heb ik de oprichting van een International Horizon Scanning Initiative geïnstalleerd.

Momenteel worden bij het bepalen van het geneesmiddelenbudget de volgende elementen in beschouwing genomen: de budgettaire ruimte door wettelijke prijsdalingen, de marktevolutie van de reeds terugbetaalde geneesmiddelen en een inschatting rond innovatieve geneesmiddelen die op de markt komen. Er wordt dus niet gewerkt met een partiële begroting voor een therapeutische indicatie, ook niet voor weesziekten.

Het budget is de collectieve verantwoordelijkheid van de sector, waarbij eventuele overschrijdingen eveneens worden teruggevorderd bij de sector op basis van de bestaande clawbackreglementering. Een partiële begroting zou betekenen dat die collectieve verantwoordelijkheid verdwijnt. Wat zou er trouwens gebeuren, indien de partiële begroting onvoldoende is? Ik heb bijgevolg dan ook geen plannen in de richting van partiële begrotingen in het geneesmiddelenbudget, ook niet voor de weesgeneesmiddelen.

Wij hebben wel al een inhaalbeweging gedaan voor de terugbetaling van weesgeneesmiddelen in deze legislatuur: er zijn om en bij de dertig nieuwe terugbetalingen bijgekomen. Er was immers een ongelofelijke standstill, toen ik in 2014 op het departement terechtkwam. Er was toen al heel lang geen enkel beschikbaar geneesmiddel door de terugbetaling geraakt, zagezegd wegens een gebrek aan middelen en gelet op het feit dat het dikwijls dure geneesmiddelen zijn voor niet altijd een zo groot aantal patiënten, ook al zijn het er altijd genoeg om belangrijk te zijn.

Er werd zeer veel gedaan op het vlak van de weesgeneesmiddelen.

Om beter te kunnen onderhandelen hebben we ook Beneluxa opgericht, waarin we al met vijf landen samenwerken. In het Horizon Scanning Initiative zitten nog veel meer landen.

Ik kan alleen maar zeggen dat die inspanningen moeten worden voortgezet. U weet dat de wetenschap en de technologie zo snel evolueren dat er altijd nieuwe weesgeneesmiddelen op de markt komen.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de minister, ik heb uw antwoord op de vraag over het *medical need program* niet gehoord. Zitten er patiënten in een *medical need program*?

19.04 Minister Maggie De Block: Neen.

19.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Wat het overige betreft, zijn er inspanningen gedaan. Voor onze fractie mocht Beneluxa nog iets verder gaan, met nog meer samenwerking en meer onderhandelingen. Ik denk dat we daar echt een kans hebben laten liggen, maar dat kan natuurlijk altijd nog worden aangepast.

Een van de grote problemen in het kader van de weesgeneesmiddelen lijkt mij de tijdspanne die we verliezen. U had het over 180 dagen. U had het over het terugtrekken van de firma op haar vraag. Heel vaak zijn er ook andere studies en zitten er al andere producten in de pipeline.

Ik denk dat we ons echt moeten bezinnen over een *early access* voor bepaalde geneesmiddelen. Hoe kunnen we ze sneller van het EMA naar de patiënt brengen? Hoe kunnen we de tijdspanne tussen het FDA, nadat een weesgeneesmiddel is goedgekeurd, en het EMA verkleinen? Hoe kunnen we dan ook de *early access* in België zelf waarmaken?

Wij lopen echt wel achterop ten opzichte van andere staten, die dat reeds ingevoerd hebben. Ik zeg niet dat er geen werk gebeurd is, er is zeker een inhaalbeweging geweest, maar wij hebben nog heel wat uitdagingen voor de boeg. Wij moeten daarvoor heel alert zijn en ervoor zorgen dat de patiënten sneller aan die medicatie kunnen geraken om ze dan in het kader van *pay for performance* eventueel na een jaar of drie jaar te evalueren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 02.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.02 uur.