

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

16 december 2016

**ONTWERP VAN ALGEMENE
UITGAVENBEGROTING**

voor het begrotingsjaar 2017

ADVIES

**over sectie 25 – FOD Volksgezondheid,
Veiligheid van de Voedselketen en
Leefmilieu (*Partim*: Volksgezondheid)**

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
DE HEER **Daniel SENESAEL**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	3
II. Bespreking.....	6
A. Betogen van de leden.....	6
B. Antwoorden van de minister.....	66
C. Replieken.....	133
III. Stemming.....	141

Zie:

Doc 54 2109/ (2016/2017):

- 001: Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting (eerste deel).
- 002: Ontwerp van Algemene Uitgavenbegroting (tweede deel).
- 003: Amendementen.
- 004: Verslag.
- 005: Amendement.
- 006 tot 008: Verslagen.
- 009: Amendementen.
- 010 en 034: Verslagen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

16 décembre 2016

**PROJET DU BUDGET GÉNÉRAL
DES DÉPENSES**

pour l'année budgétaire 2017

AVIS

**sur la section 25 – SPF Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire et
Environnement (*Partim*: Santé publique)**

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
M. **Daniel SENESAEL**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	3
II. Discussion	6
A. Interventions des membres	6
B. Réponses de la ministre.....	66
C. Répliques.....	133
III. Vote.....	141

Voir:

Doc 54 2109/ (2016/2017):

- 001: Projet du Budget général de dépenses (première partie).
- 002: Projet du Budget général de dépenses (deuxième partie).
- 003: Amendements.
- 004: Rapport.
- 005: Amendement.
- 006 à 008: Rapports
- 009: Amendements.
- 010 et 034: Rapports.

5443

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Muriel Gerkens
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Annemie Turtelboom
Monica De Coninck, Maya Detiège
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

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

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

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Bestellingen: Natieplein 2 1008 Brussel Tel.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail: publicaties@dekamer.be	Commandes: Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél.: 02/ 549 81 60 Fax: 02/549 82 74 www.lachambre.be courriel: publications@lachambre.be
De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier	Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft sectie 25 – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, *partim* Volksgezondheid, van het ontwerp van algemene uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2017 (DOC 54 2109/001 en 0021352/001 en 002), evenals de daarop betrekking hebbende verantwoording (DOC 54 2110/017) en beleidsnota (DOC 54 2111/005), besproken tijdens haar vergaderingen van 29 november en 6 december 2016.

De vragen nrs. 13859, 14266, 14545, 14599, 14606, 14610, 14641, 15104, 14643, 14742, 14655, 14659, 14743, 14671, 14673, 14674, 15105, 14725, 14820, 14973, 14736, 14771, 14776, 14787, 14917, 14795, 14905, 14926, 15155, 14931, 15102, 15217, 15035, 15103 en 15227 werden beantwoord tijdens deze bespreking en moeten diensgevolge als behandeld worden beschouwd.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

A. Begrotingskader

Mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, geeft aan dat het tijdens deze regeerperiode gevolgde beleid drie sporen volgt: hervormen, het budget op orde houden en inspelen op crisissen zoals ebola of terroristische aanslagen. Intussen wordt het huidig beleid voortgezet, verdiept en versterkt. Het is echter zaak binnen een beheersbaar budgettair kader te blijven, omdat de middelen niet oneindig zijn.

De minister laat in haar beleidsnota die uitdagingen uitgebreid aan bod komen. De beleidsnota is bedoeld om op transparante wijze te communiceren naar het parlement en de buitenwereld over wat op tafel ligt. Ze dient als basis voor het toekomstig debat voor het werkprogramma voor haar beleidscel en de betrokken administraties. De beleidsnota is in overleg met deze administraties opgemaakt, in de schoot van het door de minister opgerichte Managementcomité dat in 2016 van start is gegaan.

De begroting 2017 is in evenwicht. Volgens het bij het begin van de regeerperiode opgestelde meerjarencader, werd voor 2016 een bedrag van 673 miljoen euro vastgesteld. De macro-economische budgettaire realiteit geeft aan dat er nood is om een bijkomende inspanning te doen, ook inzake gezondheidszorg, die bijna een derde van het federale budget omvat: 229 miljoen euro. Ook andere sectoren hebben inspanningen moeten doen.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné la section 25 – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, *partim* Santé publique, du projet de loi contenant le budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2017 (DOC 54 2109/001 et 002), ainsi que la justification (DOC 54 2110/017) et la note de politique générale y afférentes (DOC 54 2111/005) au cours de ses réunions des 29 novembre et 6 décembre 2016.

Les questions n^{os} 13859, 14266, 14545, 14599, 14606, 14610, 14641, 15104, 14643, 14742, 14655, 14659, 14743, 14671, 14673, 14674, 15105, 14725, 14820, 14973, 14736, 14771, 14776, 14787, 14917, 14795, 14905, 14926, 15155, 14931, 15102, 15217, 15035, 15103 et 15227 ont été répondues dans le cadre du présent débat et doivent par conséquent être considérées comme ayant été traitées.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

A. Cadre budgétaire

Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, indique que la politique suivie au cours de la présente législature repose sur trois piliers: les réformes, le contrôle du budget et la réponse aux crises telles qu'Ebola ou les attentats terroristes. Entre-temps, la politique actuelle est poursuivie, approfondie et renforcée. Il convient toutefois de rester dans un cadre budgétaire contrôlable, les moyens n'étant pas infinis.

La note de politique générale de la ministre s'attaque à ces enjeux de manière détaillée. Elle constitue un mode de communication transparent permettant le contrôle parlementaire et le contrôle par le public. Elle forme la base de discussions futures, en établissant un programme de travail pour sa cellule politique et les administrations concernées. Elle a été constituée en concertation avec ces administrations, dans le cadre d'un comité de management établi par la ministre, dont les travaux ont débuté en 2016.

Le budget 2017 présente un équilibre. Selon le cadre pluriannuel établi au début de la législature, un montant de 673 millions d'euros a été établi pour 2016. La réalité budgétaire macroéconomique indique un besoin de fournir un effort supplémentaire, également dans les soins de santé, qui représente presque un tiers du budget fédéral, soit 229 millions d'euros. D'autres secteurs ont également dû contribuer à l'effort.

Het budget stijgt echter nog steeds met 584 miljoen euro ten opzichte van 2016. De besparingen zijn ingekaderd in een beleidsvisie.

De besparingen zijn maximaal gekoppeld aan hervormingstrajecten. De ziekenhuishervorming zal worden versneld. Hiervoor werd een budget van 52 miljoen vrijgemaakt in het kader van de bevoegde taskforce. Tijdens het begrotingsconclaaf werd nog eens 40 miljoen extra uitgetrokken. Het totale budget wordt geraamd op meer dan zeven miljard euro. De versnelling van de hervorming en de steun van de regering zijn gewaarborgd om te werken aan ziekenhuisnetwerken, een programmatie en de herziening van de financiering.

De strijd tegen misbruik en de versterking van de doelmatigheid zijn ook prioriteiten. In 2016 werd in dit verband een handhavingsplan ontworpen, in overleg met de ziekenfondsen en met de bevoegde overheidsdiensten (RIZIV, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen). Dit plan werd goedgekeurd door de Algemene Raad van het RIZIV goedgekeurd.

De implementering van de meerjarencaders wordt voortgezet. In het kader van het Farmapact levert de farmaceutische industrie een grote inspanning, aangezien ze de helft van de besparingen ten laste neemt. Daardoor dalen de prijzen (verruiming van het *patent cliff*, steun aan biosimilaire geneesmiddelen enzovoort) en komt een *evidence-based* geneesmiddelenbeleid tot stand.

De minister betwist niet dat een deel van de inspanningen zal moeten worden geleverd door de zorgverleners: tweederde van de indexmassa zal worden ingehouden. In vergelijking met andere sectoren waar een indexsprong van 2 % werd doorgevoerd, leveren zij echter slechts een inspanning ten belope van 1,15 % van de indexmassa.

Het budget van de medische centra is de jongste jaren met meer dan 10 % gemiddeld gestegen; voor 2017 is nog in een extra bedrag van 7 miljoen euro voorzien (een stijging met 4,5 %). De behandeling van de dossiers die klaar waren en die vóór het begrotingsconclaaf werden ingediend, kan worden voortgezet. De overige dossiers zullen geval per geval worden behandeld. Ondertussen zal een audit worden uitgevoerd.

De algemene raad van het RIZIV en alle actoren hebben ermee ingestemd de patiënt zoveel mogelijk te sparen. Met betrekking tot de antibiotica werd de patiënt

Le budget des soins de santé croît cependant toujours, de l'ordre de 584 millions d'euros par rapport à 2016. Les économies sont traduites dans une vision politique.

Les économies sont ainsi couplées au maximum avec les trajectoires de réforme. Celle concernant le financement des hôpitaux sera accélérée. Un budget de 52 millions d'euros a à cet effet été libéré dans le cadre de la task-force compétente. 40 millions d'euros supplémentaires ont été libérés au cours du conclave budgétaire. Le budget total est estimé à plus de sept milliards d'euros. L'accélération de la réforme et le soutien du gouvernement sont assurés pour aboutir à des réseaux d'hôpitaux, une programmation et la réforme du financement.

La lutte contre les abus et la recherche d'efficacité constituent également des priorités. Un plan de maintien a été conçu à cet égard en 2016, en concertation avec les mutuelles et les administrations publiques compétentes (INAMI, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et Office de contrôle des mutualités et des unions nationales de mutualités. Ce plan a été approuvé par le Conseil général de l'INAMI.

L'application des cadres pluriannuels est poursuivie. Le pacte avec l'industrie pharmaceutique représente pour cette industrie un grand effort, sachant que la moitié des économies est ainsi prise en charge. Des réductions de prix (extension du *patent cliff*, soutien aux médicaments biosimilaires, etc.), et la recherche d'une politique des médicaments fondée sur des preuves sont ainsi réalisées.

Une partie de l'effort reposera sur les prestataires de soins, par la retenue de deux tiers de la masse d'indexation. La ministre ne le conteste pas. Cependant, par rapport à d'autres secteurs, qui ont connu un saut d'index à concurrence de 2 %, ces prestataires ne subissent qu'un effort de 1,15 % de la masse d'indexation.

D'autre part, pour les maisons médicales, le budget avait augmenté en moyenne de plus de 10 % ces dernières années, et un montant supplémentaire de sept millions d'euros est encore prévu pour 2017, soit une augmentation de 4,5 %. Tous les dossiers qui étaient prêts et qui ont été introduits avant le conclave budgétaire pourront être poursuivis. Les autres seront analysés au cas par cas. Entre-temps, un audit sera lancé.

Le patient sera épargné au maximum. Ceci a été reconnu par le Conseil général de l'INAMI et par des acteurs de toutes les sensibilités. En effet, au niveau des

immers gesensibiliseerd door de terugbetaling ervan te verlagen, maar niettemin te behouden; het remgeld stijgt. Tegelijk wordt de maximumfactuur behouden. Na Griekenland speelt ons land nog steeds mee in de kop van het peloton, nadat jarenlang actie werd gevoerd.

Ons land beschikt over een uitgebreid instrumentenarsenaal, met name de sensibilisering, zowel van de patiënten als van de voorschrijvende artsen, alsook de opvolging van de voorschrijvende artsen in het kader van het controleplan en van andere maatregelen die ressorteren onder de *evidence based*-geneeskunde. Niettemin blijft men oog hebben voor de kwetsbare patiënten. Bij het uitwerken van haar gezondheidszorgbeleid baseert de regering zich op de *evidence based*-geneeskunde en waarborgt ze tegelijk dat de adviesorganen van de gezondheidszorg (binnen het FAGG en het RIZIV) hun werk kunnen doen. De minister zorgt voor de nodige bijsturing telkens wanneer dat nodig blijkt.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) heeft een advies uitgebracht over de maatregel inzake de neussprays met corticosteroïden. De minister is evenwel van plan de beslissing bij te sturen voor de kleine groep van patiënten die de sprays chronisch nodig hebben. Zij zullen nog een terugbetaling van categorie C krijgen.

Met betrekking tot de protonpomp-remmers moet de volksgezondheid het enige gebruikscriterium zijn. De minister zal evenwel op toezien dat de kleine groep van patiënten welke die remmers echt nodig hebben (met name de patiënten met het syndroom van Zollinger Elisson) desondanks in aanmerking komen voor de terugbetaling van grote hooggedoseerde verpakkingen. Bovendien kan de arts later nog altijd kleinere verpakkingen voorschrijven.

B. Balans inzake de patiëntenbescherming

De minister maakt de balans op inzake patiëntenbescherming. In de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren werd 25 miljoen euro geïnvesteerd. In Gent werd een FPC geopend en in 2017 zal een tweede in Antwerpen worden geopend; er zullen nog meer centra volgen in Vlaams-Brabant, Païfve en in Aalst (voor langetermijnverblijf). Voor het meerjarenkader internering werd 7 miljoen euro extra uitgetrokken voor 2017 en 25 miljoen euro voor 2019. Er werd een prediabetestrajec uitgewerkt. De toegang tot de maximumfactuur werd versoepeld. Er werden maatregelen genomen inzake patches voor diabetespatiënten. Dankzij het Farmapact kan 350 miljoen euro worden geïnvesteerd in innovatie, bijvoorbeeld door de terugbetaling van immunotherapie.

antibiotiques, le patient a été sensibilisé en remboursant moins, mais en conservant le remboursement: c'est le ticket modérateur qui augmente. En même temps, le maximum à facturer reste d'application. La Belgique reste leader en Europe, derrière la Grèce, après avoir mené des actions pendant de nombreuses années.

Un large arsenal d'instruments est prévu: la sensibilisation, aussi bien des patients que des prescripteurs, le suivi des prescripteurs dans le cadre du plan de contrôle et d'autres mesures relevant de la médecine fondée sur les preuves, mais dans le cadre desquelles l'attention aux patients vulnérables ne faiblit pas. La science fondée sur les preuves constitue le fondement de la politique du gouvernement en matière de santé, tout en garantissant les travaux des organes consultatifs des soins de santé (au sein de l'AFMPS et de l'INAMI). La ministre n'hésite pas à corriger le cap chaque fois que nécessaire.

En ce qui concerne la mesure relative aux sprays nasaux contenant des corticostéroïdes, un avis de la commission de remboursement des médicaments (CRM) a été rendu. La ministre entend toutefois adapter la décision pour le petit groupe de personnes qui ont quand même besoin de sprays pour usage chronique. Dans ces cas-là, un remboursement de catégorie C sera encore assuré.

Pour les inhibiteurs de pompes à protons (IPP), seule la santé publique doit être le critère de la prise de décision. La ministre veillera toutefois à ce que le petit groupe de personnes qui en ont vraiment besoin (à savoir les patients atteints du syndrome de Zollinger Elisson) puissent quand même bénéficier d'un remboursement pour les grands emballages à fortes doses. De plus, le médecin a toujours la possibilité de prescrire de plus petites boîtes ultérieurement.

B. Bilan en matière de protection des patients

La ministre souligne son bilan en matière de protection des patients. 25 millions d'euros ont été investis dans les soins de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Les centres médico-légaux de Gand et, en 2017, d'Anvers sont ouverts et un tel centre sera également installé en Brabant flamand, à Païfve et, pour de longs séjours, à Alost. Sept millions d'euros supplémentaires ont été prévus pour 2017, et 25 millions pour 2019, pour le cadre pluriannuel internement. Le trajet prédiabétique est développé. L'accès au maximum à facturer est assoupli. Des mesures sont prises pour des patchs pour patients diabétiques. Le pacte pharmaceutique permet des investissements à concurrence de 350 millions d'euros au profit de l'innovation, par exemple par le remboursement de l'immunothérapie.

De terugbetaling van de behandeling van hepatitis C, van de geneesmiddelen voor pediatrische indicaties en van de aidsremmers wordt verruimd en versneld. Het budget van *Unmet Medical Need* wordt opgetrokken naar 10 miljoen euro. De geneesmiddelenrekening van de patiënt daalt ook in 2017 met 14 miljoen euro. Voor de periode 2015-2018 loopt die daling op tot 60 miljoen euro.

Het mondzorgtraject werkt. Veel meer patiënten maken een afspraak met de tandarts. Die tendens is merkbaar in de uitgaven. De overschrijding werd niet bijgestuurd.

Voorts wijst de minister nog op de ontwikkeling van *next generation sequencing* (goed voor een investering van 5 miljoen euro), de terugbetaling van *oncofreezing*, de betere terugbetaling van en het wettelijk raamwerk inzake genderdysforie en transgenderzorg, de terugbetaling van de behandeling van het *locked-in*-syndroom, de conventie supplementen borstreconstructie en de supplementenbeperking in de klinische biologie.

C. Voor 2017 aangekondigde maatregelen

De minister overloopt de maatregelen die voor 2017 zijn aangekondigd en presenteert daartoe de hoofdlijnen van haar beleidsnota (DOC 54 2111/005).

D. Conclusies

Na twee jaar regeringswerk is het budget onder controle, ondanks de moeilijke omstandigheden.

De bij aanvang van deze zittingsperiode aangekondigde maatregelen staan nu op de sporen. Een aantal ervan zitten nog volop in de tenuitvoerleggingsfase. Andere zijn al rond. Het is niet altijd makkelijk rekening te houden met vereisten die elkaar lijken tegen te spreken, te weten de noodzakelijke bezuinigingen en de aan elke hervorming eigen doelstellingen. Een alternatief is er echter niet.

II. — BESPREKING

A. Opmerkingen van de leden

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) vindt het goed dat de minister zoveel belang hecht aan betaalbare gezondheidszorg voor de huidige generatie én de toekomstige generaties.

Le remboursement des traitements pour l'hépatite C, des médicaments dans les indications pédiatriques, des médicaments inhibiteurs du sida, est étendu et accéléré. Le budget du "*Unmet Medical Need*" est étendu à 10 millions d'euros. La facture du patient pour ses médicaments baisse, également en 2017 à concurrence de 14 millions d'euros. Sur la période 2015-2018, la somme de ces baisses représente 60 millions d'euros.

Le trajet de soins buccaux fonctionne. Bien plus de patients se dirigent vers leur dentiste. Ce mouvement se perçoit dans les dépenses. Le dépassement n'a pas été corrigé.

La ministre cite encore le développement du séquençage de la prochaine génération (investissement de cinq millions d'euros), le remboursement de l'*oncofreezing*, le meilleur remboursement et l'encadrement du transsexualisme et des soins aux personnes transsexuelles, le remboursement du traitement du syndrome *locked-in*, la convention sur les suppléments en matière de reconstruction mammaire et la limitation des suppléments en biologie clinique.

C. Mesures annoncées pour 2017

La ministre parcourt les mesures annoncées pour 2017 et expose à ce titre les principales lignes de force de la note de politique générale (DOC 54 2111/005).

D. Conclusions

Après deux ans de législature, le budget est sous contrôle, même si les circonstances sont difficiles.

Les réformes annoncées en début de législature sont sur les rails. L'implémentation est encore en cours pour certaines d'entre elles; pour d'autres, les travaux sont déjà prêts. Il n'est pas toujours facile de concilier des impératifs d'apparence contradictoire, à savoir les nécessaires économies et les objectifs propres à chaque réforme. Il n'existe toutefois aucune alternative.

II. — DISCUSSION

A. Interventions des membres

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) approuve l'importance accordée par la ministre à des soins de santé payables pour la génération actuelle et la suivante.

De begroting voor 2017 bevat daartoe al maatregelen. De gezondheidszorg in België is goed voor 11 % van het bruto binnenlands product. De kwaliteit van de zorg weerspiegelt echter niet altijd de kostprijs ervan. Daarom moet een *evidence based* zorgaanbod worden gegarandeerd, moet de overconsumptie worden weggevoerd, moet de efficiëntie worden opgevoerd en moet fraude worden aangepakt.

Zo zijn maatregelen in de sector van de medische beeldvorming onvermijdelijk. De spreekster vindt het van gezond verstand getuigen dat er nu voor is gekozen de radiologen en andere zorgverstrekkers beslissingsondersteuning te bieden. In hoeverre wordt daar al werk van gemaakt? Een dergelijke ondersteuning zou de kwaliteit van de zorgverlening verbeteren, zou de bevolking minder blootstellen aan straling en zou de kosten drukken doordat overbodige onderzoeken worden voorkomen.

De spreekster staat eveneens achter de maatregelen om biosimilaire producten te promoten, om de artsen ertoe aan te zetten de minst dure geneesmiddelen voor te schrijven, alsook om het onnodig gebruik van neussprays en maagzuurremmers in te perken. Men is wel van plan een en ander af te stemmen op de situatie van elke patiënt: onder welke praktische voorwaarden zal dat gebeuren?

De N-VA-fractie vindt de strijd tegen verspilling essentieel om te kunnen garanderen dat de patiënt de écht noodzakelijke zorg toebedeeld krijgt. Er moet dus sprake zijn van echte medische noden. Voorts is de spreekster ingenomen met de maatregelen die in uitzicht worden gesteld in verband met immunotherapie, borstreconstructie en tandzorg.

De zorgkwaliteit hangt ook af van flankerende normen die in acht moeten worden genomen door de zorgverstrekkers in de zorginstellingen. Het is een goede zaak dat wordt uitgegaan van netwerkvorming, maar dat moet dan wel worden gekoppeld aan betere normen en aan een correcte vergoeding. Het kan niet door de beugel dat ziekenhuizen besparen op de kap van het personeelsbestand in de diensten. De toewijzing van de in het financiële-middelenbudget opgenomen bedragen verloopt niet transparant en op generlei wijze wordt die transparantie gewaarborgd. Dat aspect mag bij de hervorming van de ziekenhuisfinanciering niet over het hoofd worden gezien.

Tevens zouden de oorzaken van bepaalde verschillen tussen de gewesten onder de loep moeten worden genomen. Wat is men op dat vlak van plan? Door die verschillen aan te pakken, zou men kunnen besparen, bij voorbeeld wat de CT-scans betreft. Weliswaar is

Dans le budget 2017, des mesures sont prises à cet effet. Les soins de santé en Belgique représentent 11 % du produit intérieur brut belge. La qualité des soins n'est cependant pas systématiquement à l'aune des montants qui y sont consacrés. Il convient donc de garantir des soins de santé fondés sur des preuves, de s'attaquer à la surconsommation, d'augmenter l'efficacité et de combattre la fraude.

Par exemple, des mesures sont nécessaires dans l'imagerie médicale. Travailler actuellement avec des systèmes d'aide à la décision pour les radiologues et les autres prestataires de soins semble pertinent aux yeux du membre. Quelle est le degré d'implémentation de cette décision? Celle-ci permettrait une meilleure qualité des soins, confronterait la population à une exposition moindre aux rayonnements et garantirait une moindre facture en évitant les doubles examens.

L'intervenante soutient aussi les mesures visant à soutenir les médicaments biosimilaires, à promouvoir la prescription des médicaments les moins chers et à limiter l'utilisation induite des sprays nasaux et des inhibiteurs d'acide gastrique. Il est annoncé une différenciation entre patients: quelles en seront les modalités pratiques?

Pour la N-VA, la lutte contre les gaspillages est essentielle en vue de garantir au patient qu'il obtiendra les soins vraiment nécessaires. Des besoins médicaux réels doivent donc exister. Des mesures sont annoncées dans l'immunothérapie, la reconstruction mammaire et les soins dentaires, qui agréent l'intervenante.

La qualité des soins dépend aussi des normes d'encadrement valant pour les prestataires de soins dans les institutions de soins. Une bonne chose est de travailler sur la base de réseaux, mais un couplage à de meilleures normes et à une rémunération correcte doit avoir lieu. Il ne peut être admis que les établissements hospitaliers économisent par une réduction de l'encadrement des services. L'allocation des moyens inscrits dans le budget des moyens financiers n'est pas organisée de manière transparente, et aucune garantie ne peut être apportée quant à ce. Cet élément doit être pris en considération dans le cadre de la réforme du financement hospitalier.

Il conviendrait aussi d'analyser les causes de certaines disparités entre Régions. Quels sont les plans en la matière? S'attaquer à ces disparités pourrait fournir l'occasion d'enregistrer des économies, par exemple en ce qui concerne les CT-scans. Un groupe de travail

aangekondigd dat in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid een werkgroep zal worden samengesteld, maar het zou beter zijn alle bevoegdheden inzake gezondheid samen te brengen op één niveau. Dat blijkt ook op het stuk van preventie: de Federale Staat blijft bevoegd voor de vrijmaking van middelen in aangelegenheden die louter gemeenschapsbevoegdheden zijn geworden.

Er is beweerd dat de geneesmiddelenfactuur voor de patiënt in 2017 daalt met 14 miljoen euro. Over de periode 2015-2018 geeft dat een daling met 60 miljoen euro. Dat stemt de spreekster blij. De algehele tendens is dalend, terwijl het aantal prijsstijgingen marginaal blijft.

De spreekster is het eens met de aangekondigde maatregelen inzake registratie. Kan de minister aangeven hoever het staat met het *Health Status Report*? Wat is het verschil met de bestaande gezondheidsonderzoek? Wat de momenteel door het adviescomité voor wetenschappelijke en technologische vraagstukken geanalyseerde *big data* betreft, die amper in de beleidsnota aan bod komen, wenst de spreekster de intenties van de minister te kennen. Hoe evalueert zij de maatregelen in verband met voeding en de inperking van de calorieën? En wat is zij in die aangelegenheden de komende maanden van plan?

Aangaande de zorgregioproefprojecten wenst de spreekster te vernemen of het mogelijk is die instanties autonoom op te richten in het kader van een dergelijk project. Met andere woorden: kan dit zonder dat de federale overheid een en ander aanstuurt?

Ondanks een mondelinge vraag die de spreekster hierover aan de minister heeft gesteld, heeft kennelijk met Nederland nog geen enkel overleg plaatsgehad over zeldzame ziekten en weesgeneesmiddelen. Intussen zou ook het Groothertogdom Luxemburg worden overwogen. Hoe zit dat?

*
* *

De heer Daniel Senesael (PS) herinnert eraan dat de regering bij aanvang van de regeerperiode de groeinorm voor de gezondheidszorg heeft verminderd tot 1,5 %, maar tegelijkertijd een stabiel traject heeft toegezegd. Van stabiliteit is tot dusver nauwelijks sprake geweest. In 2017 zal de norm amper 0,5 % bedragen.

Sinds haar aantreden blijft de regering maar herhalen dat de patiënten niet zullen worden getroffen door de besparingen in de gezondheidszorg. Intussen is het remgeld bij sommige specialisten duurder geworden,

est certes annoncé dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé publique, mais il serait plus opportun que les compétences en matière de santé soient toutes entre les mains d'une seule entité. Ceci est également démontré en matière de prévention, où l'État fédéral reste libérer des moyens pour des matières qui sont purement communautaires.

Il a été indiqué que la facture du patient pour ses médicaments baisse en 2017 à concurrence de 14 millions d'euros. Sur la période 2015-2018, la somme de ces baisses représente 60 millions d'euros. L'intervenante s'en réjouit. Ces baisses constituent le principal, par rapport à certaines hausses restant marginales.

L'oratrice approuve les mesures annoncées dans l'enregistrement. La ministre peut-elle préciser ce qu'il en est du *"Health Status Report"*? Quelle est la différence avec l'enquête de santé actuelle? En ce qui concerne le *"big data"*, analysé actuellement en comité d'avis des questions scientifiques et technologiques, mais peu abordé dans la note de politique générale, quelles sont les intentions de la ministre? Quelle est l'évaluation des mesures annoncées en matière nutritionnelle, concernant la limitation des calories, et quelles sont encore les intentions de la ministre dans les prochains mois?

En ce qui concerne les projets-pilote "zorgregio", est-il possible de créer de telles instances de manière indépendante dans le cadre d'un tel projet, sans direction par les autorités publiques fédérales?

Malgré une question orale posée à la ministre par l'oratrice sur ce point, aucune concertation ne semble avoir encore eu lieu avec les Pays-Bas sur les maladies rares et les médicaments orphelins. Entre-temps, le Grand-Duché du Luxembourg serait aussi envisagé. Qu'en est-il?

*
* *

M. Daniel Senesael (PS) rappelle qu'à l'entame de la législature, le gouvernement a diminué la norme de croissance des soins de santé à 1,5 %, tout en promettant une trajectoire stable. De stabilité, il n'y en a guère eu jusqu'ici. La norme s'établira à 0,5 % à peine en 2017.

Depuis le début de la législature, le gouvernement répète à l'envi que les patients ne seront pas touchés par les économies imposées aux soins de santé. Entre-temps, les tickets modérateurs chez certains

werd de verblijfsduur in de kraamkliniek ingekort, werd de uitbreiding van de verplichte derdebetalersregeling tot de chronische zieken geweigerd, heeft de regering onder druk van de werkgevers geweigerd de gewaarborgd-loonperiode bij arbeidsongeschiktheid uit te breiden tot twee maanden enzovoort. De patiënten en vooral de meest kwetsbaren zijn daar de dupe van. De minister gaat onverminderd op die weg voort.

Terwijl de minister in september laatstleden in de pers verklaarde dat niet langer zou worden geraakt aan de gezondheidszorg, wordt in 2017 opnieuw voor 900 miljoen euro aan besparingen opgelegd. Ook al werd tot een deel van die besparingen al beslist tijdens het begrotingsconclaaf in april 2016, toch blijft de vaststelling niet minder wrang. De patiënten, de kwetsbaarste niet het minst, zijn opnieuw het slachtoffer.

De toegang tot voor de patiënt betaalbare zorg – dit begrip varieert wellicht naargelang van het specialisme en dient te worden uitgeklaard – en tot kwaliteitszorg moet een voortdurende prioriteit blijven. De spreker heeft ernstige bezwaren. Het verbaast overigens niet dat de Algemene Raad van het RIZIV de gezondheidszorgbegroting voor volgend jaar alweer niet heeft goedgekeurd.

Gezondheidszorg is een kostbaar goed. De patiënten beschermen, de gezondheidszorgprofessionals ondersteunen, de ontwikkeling van kwalitatief hoogstaande infrastructuur mogelijk maken en investeren in innovatie zijn primordiale doelstellingen. Dat zijn evenwel niet de prioriteiten van de regering, die heeft besloten een derde van de te leveren begrotingsinspanning op het conto te schrijven van de sociale zekerheid en meer bepaald de gezondheidszorg. De Belgische sociale zekerheid wordt nochtans internationaal erkend en is de hoeksteen van de cohesie.

Bijna één patiënt op vijf stelt zorg soms uit wegens een gebrek aan financiële middelen. Eén Belg op vijf vertoont een armoederisico. De onrechtvaardige besparingsmaatregelen waartoe de minister heeft gesloten, zullen voor veel burgers rampzalige gevolgen hebben.

De verhoging van de antibioticaprijzen wordt door de minister gerechtvaardigd door het feit dat het gebruik ervan moet worden teruggedrongen omwille van de volksgezondheid. Op die manier zal het problematische gebruik van antibiotica in België echter niet afnemen. Het voorschrijfgedrag moet weliswaar beter worden begeleid en de burger moet méér worden gesensibiliseerd, maar met een dergelijke maatregel zijn het de patiënten die – soms terecht – antibiotica voorgeschreven hebben gekregen, die bij de apotheker dieper in de buidel zullen moeten tasten. De gewone rechthebbenden zullen ruim

spécialistes ont été augmentés, la durée de séjour en maternité a été réduite, l'extension du tiers-payant obligatoire aux patients chroniques a été refusée, le gouvernement a renoncé, sous la pression du patronat, à étendre à deux mois la période de salaire garanti en cas d'incapacité de travail, etc. Les patients, et spécialement les plus fragiles d'entre eux, ont été touchés. La ministre continue en ce sens.

Alors qu'en septembre dernier, la ministre affirmait dans la presse qu'on ne toucherait plus aux soins de santé, c'est à nouveau plus de 900 millions d'économies qui sont imposées en 2017. Même si une partie de ces économies avaient déjà été décidées lors du conclave d'avril, le constat reste interpellant. À nouveau les patients seront touchés, et plus fortement encore les patients les plus fragiles.

L'accessibilité pour le patient à des soins payables – la notion est sans doute variable d'un milieu à l'autre et elle mérite sans doute quelques précisions – et de qualité doit rester une question prioritaire permanente. L'orateur émet de sérieuses réserves. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que le Conseil général de l'INAMI n'ait à nouveau pas approuvé le budget des soins de santé pour l'année prochaine.

Les soins de santé sont un bien précieux. Protéger les patients, soutenir les professionnels de soins, permettre le développement d'infrastructures de qualité et investir dans l'innovation, sont des objectifs primordiaux. Telles ne sont pas les priorités pour le gouvernement, qui a décidé de faire porter le tiers de l'effort budgétaire à réaliser sur la sécurité sociale et spécifiquement sur les soins de santé. La sécurité sociale belge est pourtant reconnue internationalement et est l'essence même de la cohésion.

Près d'un patient sur cinq reporte déjà certains soins par manque de moyens financiers. Un belge sur cinq présente un risque de pauvreté. Les mesures d'économies injustes décidées par la ministre auront des effets désastreux sur bon nombre de citoyens.

L'augmentation du prix des antibiotiques est justifiée par la ministre par la nécessité de réduire leur consommation pour des raisons de santé publique. Ce n'est toutefois pas ainsi que la consommation problématique d'antibiotiques en Belgique sera réduite. S'il faut en effet encadrer leur prescription et continuer à sensibiliser les citoyens, avec une telle mesure, ce sont les patients à qui l'on aura prescrit des antibiotiques – dans certains cas à raison – qui paieront plus cher leur addition à la pharmacie. Le prix y sera plus que doublé pour les bénéficiaires ordinaires. Pire, il sera parfois quadruplé

het dubbel betalen. Méér, wie op een verhoogde tegemoetkoming recht heeft, dreigt soms zelfs het viervoud te moeten betalen.

Door BAPCOC werd een strategisch plan uitgewerkt, met duidelijke doelstellingen en doelgroepen. Allerhande onderzoeken zullen worden uitgevoerd, meer bepaald in de ziekenhuizen, teneinde de vereiste gegevens over het voorschrijfgedrag te verzamelen. De spreker blijft bij zijn standpunt: de kern van het probleem is het voorschrijfgedrag. Patiënten schrijven geen voorschriften. De prijsverhoging voor antibiotica voor patiënten is onrechtvaardig en ongegrond.

Het einde van de terugbetaling van nasale corticosteroïden zou een maatregel in het belang van de volksgezondheid zijn om het risico op buitensporig gebruik van vrij verkrijgbare maar qua gezondheid nog schadelijkere neussprays te verkleinen. Zoals voor de antibiotica ziet het lid hier een zuiver economische beslissing in, die zeker niets met de volksgezondheid heeft te maken.

De prijsverhoging voor maagzuurremmers wordt voorgesteld als een harmonisering van de verpakkingsgrootte. Kan de minister haar standpunt hierover toelichten?

Voor sommige geneesmiddelen wordt, op basis van *evidence based*-geneeskunde, overwogen de terugbetaling te beperken. Om welke geneesmiddelen gaat het? Op het eerste gezicht zou dit een goed initiatief kunnen zijn, maar de minister voorziet in geen enkele begeleidingsmaatregel en ook hier zou het voorschrijfgedrag in het vizier moeten worden genomen. Ook in dit geval zal de patiënt de dupe zijn.

Met de voormelde maatregelen zal de geneesmidde-lenfactuur voor de patiënt ongeveer 9 % duurder worden.

Die maatregelen, in combinatie met de beslissing de maximumfactuur te indexeren, wekken de indruk dat de regering het op de meest kwetsbaren heeft gemunt, aangezien sommige patiënten met torenhoge gezondheidskosten, zoals de chronisch zieken, niet langer zullen kunnen worden terugbetaald.

Hetzelfde geldt voor de bevrozing van de nieuwe aanvragen voor de opening van een wijkgezondheidscentrum. Thans worden bijna 350 000 Belgen volgens dat systeem verzorgd, vaak op forfaitaire basis. Dat cijfer neemt almaar toe. Die beslissing wordt genomen zonder zelfs maar over de gevolgen na te denken. Waarom is die ideologische beslissing genomen, tenzij om enige marge te vinden om het begrotingstekort weg te werken? Op welke grondslag werden de bezuinigingen bepaald? Voor wanneer worden de resultaten van de doorlichting

pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, c'est-à-dire les plus précarisés.

Un plan stratégique a été élaboré par la BAPCOC avec des objectifs et cibles précis. Plusieurs enquêtes seront effectuées notamment dans les hôpitaux parce qu'il est nécessaire d'avoir des données sur le comportement prescripteur. L'intervenant l'a toujours soutenu: la question centrale est celle des comportements de prescription. Le patient n'est pas un prescripteur. L'augmentation du prix des antibiotiques pour les patients est injuste et injustifiée.

La fin du remboursement des corticostéroïdes nasaux constituerait une mesure de santé publique afin de réduire le risque de surconsommation de décongestionnants nasaux en vente libre mais plus nocifs pour la santé. Comme pour les antibiotiques, le membre n'y voit qu'une décision purement économique et certainement pas de santé publique.

L'augmentation du prix des antiacides est présentée comme une harmonisation de la taille des emballages. La ministre peut-elle développer son point de vue sur ce point?

La réduction du remboursement de certains médicaments est envisagée, sur la base de la médecine fondée sur les preuves. Quels médicaments seront-ils concernés? De prime abord, il pourrait s'agir d'une bonne initiative, mais la ministre ne prévoit aucune mesure d'accompagnement et, à nouveau, c'est le comportement de prescription qui doit être visé. Ici, ce sera à nouveau le patient qui sera touché.

Avec les mesures précitées, la facture médicaments des patients va quant à elle augmenter d'environ 9 %.

Quand on couple ces mesures à la décision d'indexer les MAF (Maximum à facturer), il semble que le gouvernement s'acharne sur les plus fragiles puisque certains patients qui ont des frais de santé très élevés comme les malades chroniques ne pourront plus être remboursés.

Il en va de même du gel des nouvelles demandes de reconnaissance pour l'ouverture de maison médicale. Aujourd'hui près de 350 000 Belges sont soignés par ce système, souvent forfaitaire. Ce chiffre ne cesse d'augmenter. Cette décision intervient sans même réfléchir aux conséquences. Pour quelles raisons cette décision idéologique a-t-elle été prise, si ce n'est pour trouver des marges afin de combler le trou budgétaire? Sur quelle base les économies ont-elles été déterminées? Pour quand les résultats de l'audit sont-ils attendus? Quand

verwacht? Voor wanneer voorziet de minister het einde van het moratorium? Die maatregel zou ondoeltreffend kunnen blijken: er zullen wellicht meer kosten worden afgewenteld op onmiddellijk verstrekte eerstelijnszorg en tweedelijnszorg.

Er is gepland dat fors op de ziekenhuizen zal worden bezuinigd. Er wordt aangekondigd dat de ziekenhuisfinanciering versneld zal worden hervormd. Met die hervorming zouden oplossingen moeten kunnen worden gevonden voor de onderfinancieringsproblemen van alle Belgische ziekenhuizen. De hervorming zou begrotingsneutraal moeten zijn. Mochten de bezuinigingen besparingen opleveren, dan is duidelijk dat die opnieuw in de sector zouden moeten worden geïnvesteerd.

Thans wordt een volstrekt andere logica gevolgd. Het is de bedoeling volop te bezuinigen terwijl bekend is dat de situatie van sommige ziekenhuizen nu al zeer wankel is. Alleen al in 2017 is 92 miljoen aan bezuinigingen gepland. Bovenop de lineaire bezuinigingen op het budget van financiële middelen (BFM), is niemand blij met de naar voren geschoven denksporen: afschaffing van de financiering van actieve verbandmiddelen alsook afschaffing van kraamklinieken, spoeddiensten en *intensive care*-diensten. Tegelijkertijd worden de bijscholingspremies verlaagd, terwijl die de ziekenhuizen precies de mogelijkheid bieden hun diensten te reorganiseren terwijl werkgelegenheid wordt gevrijwaard.

Ofschoon de oprichting van netwerken interessant is, moet zulks op intelligente wijze gebeuren en moeten daarbij belangrijke veiligheidsmechanismen worden ingebouwd. De geplande maatregelen zullen onvermijdelijk ongunstige repercussies hebben op de werkgelegenheid in de ziekenhuizen en op de patiënten, voor wie de kwaliteit van de zorg zal verslechteren, de tarieven zullen verhogen via supplementen of de toegankelijkheid in het gedrang zal komen.

Er zijn indrukwekkende bezuinigingen gepland op de erelonen van de zorgverstrekkers: meer dan 250 miljoen euro. De beroepsbeoefenaars uit de sector hadden aanvaard mee een inspanning te leveren omdat zij niet dezelfde indexsprong hadden ondergaan als de andere werknemers. Er is van hen nog meer gevergd. Het is volkomen begrijpelijk dat zij het daarmee niet eens zijn. De overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen is van alle zijden aan de kaak gesteld. Dat zal indirect de patiënten treffen wat de financiële toegankelijkheid van de zorg betreft.

De erelonen van de apothekers die geacht worden sommige administratieve kosten te dekken, verdwijnen terwijl de minister hun tegelijkertijd om bijkomende taken

la ministre prévoit-elle la fin du moratoire? Cette mesure pourrait s'avérer inefficace: il y aura un report de coût sans doute plus important vers des soins de première ligne à l'acte et des soins de deuxième ligne.

De nombreuses économies sur les hôpitaux sont prévues. L'accélération de la réforme du financement hospitalier est annoncée. Cette réforme devait permettre de trouver des solutions aux problèmes de sous-financement de l'ensemble des hôpitaux belges. La réforme devait être neutre budgétairement. Si des économies devaient être dégagées, il était clair qu'elles devaient être réinjectées dans le secteur.

Aujourd'hui, la logique est tout autre. L'objectif est de faire des économies à tout va alors qu'on sait la santé de certains hôpitaux déjà très fragile. 92 millions d'euros d'économies sont prévus, rien qu'en 2017. Outre les économies linéaires sur le BMF (Budget des Moyens Financiers), les pistes avancées ne réjouissent personne: suppression du financement pour les pansements actifs, suppression de services de maternité, de services d'urgences, de services de soins intensifs. Dans le même temps, les primes de recyclage sont diminuées, alors qu'elles permettent justement aux hôpitaux de réorganiser leurs services en préservant l'emploi.

Si la mise en place de réseaux est intéressante, elle doit être intelligemment opérée et s'accompagner de balises importantes. Les mesures envisagées auront inévitablement des répercussions négatives sur l'emploi au sein des hôpitaux et sur les patients qui verront soit la qualité des soins diminuer, soit les tarifs augmenter via des suppléments, soit leur accessibilité mise à mal.

Des économies impressionnantes sont envisagées sur les honoraires des prestataires de soins: plus de 250 millions d'euros. Les professionnels du secteur avaient accepté de participer à l'effort puisqu'ils n'avaient pas subi le même saut d'index que celui des autres travailleurs. Il leur a été demandé encore plus. Leur désaccord est compréhensible. L'accord médico-mutualiste a été dénoncé de toutes parts. Cela va indirectement toucher les patients en termes d'accessibilité financière aux soins.

Les pharmaciens voient leurs honoraires censés couvrir certaines charges administratives disparaître, alors que, dans le même temps, la ministre leur demande des

verzoekt, zoals patiëntgericht zijn om hen met name beter bij goed geneesmiddelengebruik te begeleiden.

Het is terecht tot een vertrouwensbreuk gekomen. De aan de gezondheidszorg opgelegde groeinorm is niet houdbaar. Hij biedt geen enkel toekomstperspectief. Met dat gezondheidszorgbeleid zal niet adequaat op de toekomstige behoeften van de bevolking kunnen worden ingespeeld. Alleen almaar onrechtvaardiger bezuinigingen liggen in het verschiet.

In 2017 zijn bezuinigingen gepland waarvan momenteel niet in te schatten valt hoe ze zo snel zullen kunnen worden doorgevoerd. De minister heeft trouwens het RIZIV ermee belast "om de overeenkomsten- en akkoordcommissies te activeren om de nodige initiatieven te nemen om de voorgestelde maatregelen uit te werken, zodanig dat deze op 1 januari 2017 van toepassing kunnen zijn". De spreker maakt daarbij voorbehoud en uit zijn ongerustheid, met name over de geplande hervormingen in de ziekenhuizen. Hoe denkt de minister concreet die bezuinigingen op 1 januari 2017 te verwezenlijken? Wat zal er gebeuren zo zij daar niet in slaagt? Die maatregelen werden overhaast beslist om marges vrij te maken, zonder daarbij rekening te houden met de reële situaties in het veld en zonder de nodige veiligheidsmechanismen in te bouwen om de werkgelegenheid en de toegankelijkheid van de zorg te vrijwaren. De heer Senesael betreurt dat.

Evidence based medicine/practice

In verband met de transversale lijnen van het beleid van de minister zij erop gewezen dat *empowerment* van de patiënt wordt beoogd. Dat is een relevante aanpak, maar het blijft onontbeerlijk erop toe te zien dat in het kader van een dergelijk beleid niemand aan de kant blijft staan.

Evidence based medicine/practice is één van de rode draden van het beleid van de minister. In dat geval moet zij die rode draad stelselmatig volgen. Aldus is beleid ter bestrijding van alcohol- en tabaksverbruik niet erg *evidence based*. Dienaangaande werden recent wetenschappelijk onderzoek en recente wetenschappelijke kennis terzijde geschoven, wat in de kaart speelt van de alcohol- en tabakslobby's.

In het kader van de EBM heeft de minister het over de redactie van een nationaal *Health Status Report*. Hoe zal dat worden geredigeerd? Wie zal daarmee worden belast? Wanneer zal dat volledig kunnen worden uitgewerkt?

tâches supplémentaires, comme le fait d'être plus axés vers les patients afin notamment de les guider dans le bon usage du médicament.

Une rupture de confiance a lieu, à juste titre. La norme de croissance imposée aux soins de santé n'est pas tenable. Elle n'offre aucune perspective pour l'avenir. Cette politique de soins de santé ne permettra pas de répondre convenablement aux besoins futurs de la population. Les seules perspectives sont des économies toujours plus injustes.

Des économies sont prévues en 2017, dont on ne maîtrise pas pour l'instant comment elles pourront être opérées si rapidement. La ministre a d'ailleurs chargé l'INAMI "d'activer les commissions de conventions et d'accords afin de prendre les initiatives nécessaires pour concrétiser les mesures proposées, de sorte qu'elles puissent être appliquées dès le 1^{er} janvier 2017". L'orateur fait part de ses réserves et de ses craintes concernant notamment les réformes envisagées dans les hôpitaux. Comment la ministre compte-t-elle concrètement dégager ces économies au 1^{er} janvier 2017? Que se passera-t-il si elle n'y parvient pas? Ces mesures ont été décidées à la hâte pour dégager des marges sans prendre en considération les réalités de terrain, sans prendre les garde-fous nécessaires pour préserver l'emploi et l'accessibilité des soins. M. Senesael le déplore.

Evidence base medicine / practice

Concernant les lignes transversales de la politique de la ministre, l'*empowerment* du patient est visé. Cette voie est pertinente, mais il reste indispensable de veiller à ce que personne ne reste au bord du chemin dans le cadre d'une telle politique.

L'*evidence based medicine / practice* est un des fils rouges de la politique de la ministre. Elle doit alors suivre ce fil rouge de manière systématique. La politique en matière de lutte contre l'alcool ou le tabac n'est ainsi pas très "*evidence based*". Là, les études et connaissances scientifiques récents ont été écartés au profit des positions des lobbys de l'alcool et du tabac.

Dans le cadre de l'EBM, la ministre évoque le développement d'un rapport national *Health Status*. Comment sera-t-il élaboré? Qui va s'en charger? Quand pourra-t-il être mis au point?

Alle zorgverstrekkers zullen toegang moeten hebben tot de recentste, afdoende en gevalideerde gegevens. In dat verband moet *EBMPracticeNet* een centrale plaats innemen. Hoe denkt de minister in de toekomst die toegang te verbeteren? Zijn in dat verband middelen uitgetrokken?

Medische beeldvorming

Voorts wil de minister inzetten op kwaliteitsvolle, veilige, efficiënte en passende zorg. In dat verband komt de spreker terug op het nieuwe protocol tot beperking van de stralingsbelasting van de bevolking.

Sinds 1 juni 2016 worden alleen de onderzoeken terugbetaald die worden uitgevoerd met toestellen die al eerder werden erkend, terwijl momenteel te weinig NMR-toestellen erkend zijn ten opzichte van de klinische indicaties. Deze maatregel werd overhaast genomen, ten koste van de patiënten en in tegenspraak met de sensibiliseringscampagnes “Medische beelden zijn geen familiekiekjes, wees er zuinig mee”. De vervanging van die NMR-onderzoeken door CT-scans zal de uitgaven alleen verschuiven en staat haaks op die sensibiliseringscampagnes.

Begin 2016 werd beslist een kadaster van de zware medische apparatuur in te stellen. Het ligt in de bedoeling de verruiming van de programmatie te evalueren. Wanneer zullen de resultaten van dat kadaster bekend zijn en wanneer kan eindelijk een nieuwe programmatie worden gepland?

Verplichte derdebetalersregeling

De minister geeft aan dat de toegankelijkheid van de verplichte derdebetalersregeling zal worden geëvalueerd. Die evaluatie zal van start gaan in het eerste trimester van 2017, terwijl ze oorspronkelijk gepland was voor 1 juli 2016, de eerste verjaardag van de maatregel.

Heeft de minister het idee definitief opgegeven om de verplichte derdebetalersregeling te verruimen tot de chronisch zieke patiënten, zoals de vorige regering heeft beslist? Zo ja, waarom? Die patiënten hebben hoge en recurrende gezondheidszorgkosten en zaten dus op die maatregel te wachten.

Migrantenzorg

Met betrekking tot de toegankelijkheid van die zorg, en specifiek met betrekking tot de uitbouw van een zorgbeleid ten behoeve van migranten en etnische minderheden, preciseert de minister dat het in de bedoeling lag een aantal initiatieven te nemen, onder

Tous les prestataires de soins devront avoir accès aux données les plus récentes, probantes et validées. *EBMPracticeNet* doit dans ce cadre occuper une place centrale. Comment la ministre envisage-t-elle concrètement l'amélioration de cet accès à l'avenir? Des moyens sont-ils prévus dans ce cadre?

Imagerie médicale

Une autre ligne de force annoncée par la ministre est celle de la qualité, de la sécurité, de l'efficacité et de l'adéquation des soins. Dans ce cadre, l'orateur revient sur le nouveau protocole visant à limiter la charge d'irradiation de la population.

Depuis le 1^{er} juin 2016, seuls les examens des machines historiquement agréées sont remboursés alors qu'il n'y a pas assez d'IRM actuellement agréées par rapport aux indications cliniques. Cette mesure a été prise dans la précipitation, au détriment des patients et en contradiction avec les campagnes d'information “pas de rayons sans raisons”. Le remplacement de ces examens IRM par des examens CT scanners, n'engendra qu'un déplacement des dépenses et ira totalement à l'encontre des campagnes de sensibilisation.

Un cadastre des appareils lourds a été décidé début 2016. Une évaluation de l'extension de la programmation est prévue. Quand les résultats de ce cadastre seront-ils connus et, dès lors, quand une nouvelle programmation pourrait-elle être enfin envisagée?

Tiers-payant obligatoire

En termes d'accessibilité, une évaluation du régime du tiers-payant obligatoire est annoncée. Cette évaluation commencera au 1^{er} trimestre 2017 alors qu'elle était initialement prévue un an après l'introduction de la mesure soit le 1^{er} juillet 2016.

La ministre a-t-elle définitivement renoncé à étendre le tiers-payant obligatoire pour les malades chroniques comme cela avait été décidé par le gouvernement précédent? Si oui, pour quelles raisons? Cette mesure était attendue pour ces patients qui ont des frais de santé importants et récurrents.

Soins pour les migrants

Toujours en termes d'accessibilité, et spécifiquement concernant le développement d'une politique de soins à l'égard des migrants et des minorités ethniques, la ministre précise qu'une série d'initiatives allaient être prises notamment afin de minimiser les conséquences

meer om de gevolgen van de taal- en cultuurbarrière zo laag mogelijk te houden. In dat verband verwijst de spreker naar de uitbreiding van het intercultureel bemiddelingsprogramma voor de eerstelijnszorg, alsook naar het feit dat ons land heeft geparticipeerd aan het project *Equity Standards for health Care for Migrants and other vulnerable groups*, waaraan zes Belgische ziekenhuizen hebben meegewerkt.

In een rapport van Dokters van de Wereld, “De toegang tot zorg voor kwetsbare mensen in Europa is alarmerend”, wordt België evenwel op de vingers getikt omdat 93 % van de patiënten die aankloppen bij Dokters van de Wereld – voor het merendeel niet-gereguleerde migranten – helemaal geen toegang hebben tot de gezondheidszorg. Wat dat betreft bekleedt België de derde laatste plaats, net vóór Turkije en Frankrijk.

Welke verschillende initiatieven heeft de minister genomen? Hoe verklaart zij dat de toestand – ondanks die initiatieven – niet is verbeterd, en zelfs erop achteruit is gegaan? Is zij van plan nieuwe maatregelen te nemen om het Belgische gezondheidszorgbeleid inclusiever te maken? Zo ja, welke maatregelen worden overwogen om efficiënt tegemoet te komen aan die doelstelling?

Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

De minister vindt de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid belangrijk. Uit die Conferentie zijn al veel verschillende werkgroepen ontstaan. De versnippering van de bevoegdheden over de verschillende deelstaten van ons land maakt de tenuitvoerlegging van sommige gezondheidszorgbeleidslijnen soms ingewikkeld, en daarom moet absoluut binnen de Conferentie worden gewerkt. Dat betekent echter niet dat de partners daartoe moeten worden gedwongen. Elkeen moet zijn verantwoordelijkheden nemen en moet zijn eigen bevoegdheden volledig autonoom kunnen beheren.

In april 2016 werd een protocolakkoord inzake preventie gesloten. Dat is een goede zaak, zowel voor de burgers als voor de overheid. De implementering van dat protocolakkoord zal in 2017 worden voortgezet. Er is sprake van het sluiten van asymmetrische overeenkomsten. Kan de minister een en ander toelichten?

Geïntegreerde zorg voor chronisch zieken

Het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken zal concreet worden geïmplementeerd aan de hand van proefprojecten. Er werden twintig projecten uitgekozen. Deze nieuwe visie, waarin de spreker zich kan vinden, berust onder meer op patiëntgerichte initiatieven en op multidisciplinaire samenwerking. De projecten kunnen

des barrières de la langue et de la culture. L'orateur cite l'élargissement du programme de médiation interculturelle aux soins de première ligne ou encore la participation de la Belgique au projet “Equity Standards for health Care for Migrants and other vulnerable groups” auquel 6 hôpitaux belges avaient pris part.

Pourtant, dans une étude menée par Médecins du Monde, “l'accès aux soins en Europe pour les migrants et les réfugiés est alarmant”, la Belgique est critiquée dans la mesure où 93 % des patients qui se sont tournés vers Médecins du Monde et qui pour la plupart sont des migrants en situation irrégulière n'ont aucun accès aux soins de santé, ce qui place la Belgique en antépénultième position juste devant la Turquie et la France.

Quelles sont les différentes initiatives que la ministre a prises? Comment explique-t-elle que malgré ces initiatives la situation ne se soit pas améliorée voire se soit dégradée? Compte-t-elle dès lors prendre de nouvelles mesures afin de rendre la politique belge de santé davantage inclusive? Si oui, quelles mesures sont-elles envisagées afin de répondre efficacement à cet objectif?

Conférence interministérielle de la Santé publique

La ministre accorde de l'importance à la Conférence interministérielle de la Santé publique. Différents groupes de travail sont ainsi déjà mis en place. L'éclatement des compétences entre les différentes entités de notre pays rend parfois complexe la mise en œuvre de certaines politiques de santé. Il est donc indispensable de travailler au sein de la Conférence. Y travailler ne veut cependant pas dire contraindre ses partenaires. Chacun doit assumer ses responsabilités et être pleinement autonome dans la gestion de ses compétences propres.

Un protocole d'accord a été conclu en avril 2016 en matière de prévention. Il s'agit d'une bonne chose tant pour les citoyens que pour les pouvoirs publics. Ce protocole d'accord connaîtra une nouvelle étape de concrétisation en 2017. Vous parlez de la possible conclusion d'accords asymétriques. La ministre peut-elle donner plus de précisions?

Plan intégré maladies chroniques

Concernant le plan de soins intégrés maladies chroniques, son exécution concrète se fera par le biais de projets pilotes. 20 projets ont été sélectionnés. Cette nouvelle vision, que l'orateur soutient, repose notamment sur des initiatives axées sur le patient et sur une collaboration multidisciplinaire. Les projets pourront

in juni 2017 van start gaan en zullen lopen over een periode van vier jaar. Waarover gaan die projecten en waarom kunnen ze niet eerder van start gaan? Werd daartoe in financiering voorzien?

Kankerplan

Met betrekking tot het Kankerplan werd andermaal een staat van zaken opgemaakt aangaande de maatregelen voor kankerbestrijding. Kan worden aangegeven hoe een en ander er nu voorstaat?

De DNA-profilering van tumoren aan de hand van bepaalde spitstechnieken zou een grote meerwaarde voor de behandeling zijn. Dat is gepersonaliseerde geneeskunde. Gehoopt wordt dat men de patiënten in 2017 de eerste tests zal kunnen aanbieden. Heeft men een idee van de kostprijs van een dergelijke behandeling? Werd een budgettaire evaluatie uitgevoerd? Kunnen daarvoor extra middelen worden vrijgemaakt? Het antwoord op die vragen is essentieel om de patiënten geen valse hoop te geven.

Wat de hervorming van de mammografienomenclatuur betreft, was het de bedoeling dat de Technische Geneeskundige Raad (TGR) een voorstel zou formuleren dat voldoende besparingen zou opleveren om digitale mammografie te kunnen aanmoedigen. Thans kondigt de minister aan dat zij opportunistische mammografieën zal afbouwen. Hoe staat het daarmee?

Met betrekking tot de hpv-test (humaan papillomavirus) kondigt de minister aan dat een hpv-vaccinatieregister zal worden ingesteld. Dat is noodzakelijk omdat dat virus in België een groot aantal kankergevallen en andere ziekten veroorzaakt, niet alleen bij vrouwen, maar ook bij mannen. In sommige Europese landen zoals Zwitserland en Oostenrijk, alsook in sommige Duitse en Italiaanse deelstaten, wordt het hpv-vaccin (ook voor mannen) terugbetaald. Acht de minister het nodig de criteria voor de terugbetaling van het hpv-vaccin te verruimen tot het mannelijke deel van de bevolking?

Hiv-plan

Het hiv-plan werd in 2013 opgestart en bevat meer dan vijftig aanbevelingen om het hiv-probleem in België op een samenhangende en efficiënte manier weg te werken. Het lid is verheugd dat men doorgaat met de tenuitvoerlegging van dat plan: het aantal aids-referentiecentra neemt toe en de criteria voor de terugbetaling van de antiretrovirale therapie worden verruimd, waardoor seropositieve patiënten zich in elk stadium van de ziekte kunnen laten behandelen voor hiv.

démarrer en juin 2017 et porteront sur une période de quatre ans. Sur quoi portent ces projets-pilotes? Pourquoi ne peuvent-ils pas démarrer plus tôt? Un financement leur a-t-il été accordé dans ce cadre?

Plan cancer

Concernant le Plan Cancer, un nouvel état des lieux des mesures de lutte contre le cancer a été réalisé. Un bilan de la situation peut-il être dressé?

Le profilage de l'ADN des tumeurs à l'aide de certaines techniques de pointe offrirait une plus-value importante dans le traitement. Il s'agit d'une médecine personnalisée. Il est espéré que les premiers tests puissent être proposés aux patients en 2017. Une idée du coût de ce type de traitement peut-elle être donnée? Une évaluation budgétaire a-t-elle été réalisée? Des marges pourront-elles être dégagées dans ce cadre? Les réponses à de telles questions sont essentielles si on ne veut pas donner de faux espoirs aux patients.

Concernant la réforme de la nomenclature de la mammographie, il était envisagé que le Conseil Technique Médical (CTM) fasse une proposition qui permette d'obtenir assez d'économies pour pouvoir favoriser la mammographie digitale. La ministre évoque aujourd'hui de démanteler les mammographies opportunistes. Qu'en est-il?

Concernant le test pour le virus du papillome humain (VPH), le développement d'un registre de vaccination VPH est annoncé. C'est nécessaire, car ce virus est responsable en Belgique d'un nombre important de cancers et d'autres maladies chez les femmes, mais aussi chez les hommes. Certains pays européens comme la Suisse et l'Autriche, ainsi que certaines régions d'Allemagne et d'Italie, remboursent la vaccination VPH également pour les hommes. La ministre estime-t-elle nécessaire d'élargir les critères de remboursement de la vaccination contre le VPH pour les hommes?

Plan VIH

Le Plan VIH lancé en 2013 comprend plus d'une cinquantaine de recommandations visant à répondre de manière cohérente et efficace au problème du VIH en Belgique. La poursuite de sa mise en œuvre réjouit le membre: augmentation du nombre de centres de références SIDA, élargissement des critères de remboursement pour la thérapie antirétrovirale de sorte que les personnes séropositives aient accès au traitement contre le VIH peu importe le stade de la maladie.

Nadat de Kamer de resolutie ter zake heeft aangenomen, heeft het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (DOC 54 2154/001) de juridische hindernissen weggewerkt om hiv gedecentraliseerd en gedemedicaliseerd te kunnen opsporen. Wanneer zullen de koninklijke besluiten ter zake worden uitgevaardigd? Wanneer zal men concreet met die opsporing van start kunnen gaan? Sommige verenigingen en actoren in het veld vinden het thans belangrijk een nationale strategie inzake een “seksuele-gezondheidstest” uit te werken, in nauwe samenwerking met de deelstaten. Wat denkt de minister daarvan?

Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) is bedoeld voor personen die weliswaar niet met hiv zijn besmet, maar die wel sterk zijn blootgesteld aan het virus. De behandeling bestaat in de toediening van een combinatie van antiretrovirale geneesmiddelen, om aldus het besmettingsrisico terug te dringen. Volgens de WHO is PrEP een belangrijke aanvulling ter preventie van een hiv-besmetting bij sommige doelgroepen, zoals de MSM. In juli 2016 heeft het Europees Geneesmiddelenbureau aanbevolen binnen de EU een vergunning te verlenen aan het in de handel brengen van Truvada als PrEP-behandeling, om het hiv-besmettingsrisico bij hoogrisicovolwassenen terug te dringen. Ingevolge deze aanbeveling heeft de Europese Commissie er trouwens mee ingestemd dat Truvada als preventie-instrument op de markt wordt gebracht.

In België wordt Truvada momenteel nog altijd louter voor curatieve doeleinden voorgeschreven. Zou de minister zich kunnen vinden in een preventief gebruik ervan? Worden nieuwe initiatieven overwogen ingevolge de beslissing van de Europese Commissie?

Hepatitis C-plan

Met betrekking tot het hepatitis C-plan heeft de minister onlangs aangekondigd dat de terugbetaling van de behandeling voor patiënten in de tweede fase vanaf 2017 zal worden verruimd. Volgend jaar zullen 2 600 patiënten in aanmerking komen voor terugbetaling, terwijl dat er in 2016 slechts 1 400 waren. Volgens het lid is dat goed nieuws.

De minister heeft tevens aangegeven dat zij de terugbetaling van die zeer dure behandeling (meer dan 40 000 euro) vanaf 2021 wil verruimen tot alle dragers van het hepatitis C-virus, met inbegrip van de personen die geen symptomen vertonen. Een dergelijke aankondiging heeft echter betrekking op een volgende regeerperiode en is dus een lege belofte.

De kostprijs van de voor 2017 besliste verruiming wordt geraamd op 90 000 000 euro. Hoe zal de minister

Suite à la résolution adoptée par la Chambre, le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (DOC 54 2154/001) a levé les barrières juridiques afin de permettre le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH. Quand les arrêtés royaux seront-ils pris? Quand ce dépistage pourra-t-il concrètement être mis en œuvre? Certaines associations et acteurs de terrain estiment aujourd'hui important de mettre en place, en étroite collaboration avec les entités fédérées, ce qu'on appelle une stratégie de test nationale de santé sexuelle. Quelle est la position de la ministre?

La prophylaxie pré-exposition (ou PrEP) s'adresse à des personnes non infectées mais hautement exposées au VIH. Elle consiste à prendre une combinaison d'anti-rétroviraux afin de réduire le risque d'infection. Pour l'Organisation mondiale de la Santé, la PrEP constitue un important complément dans la prévention du VIH chez certains groupes cibles comme par exemple les HSH. L'Agence européenne des médicaments recommandait en juillet dernier d'accorder une autorisation de commercialisation, au sein de l'UE, au Truvada comme traitement dit prophylaxie pré-exposition (PrEP) et cela afin de réduire le risque d'infection par le VIH des adultes présentant un risque élevé. Suite à cette recommandation, la Commission européenne a d'ailleurs validé la mise sur le marché du Truvada, comme outil de prévention.

En Belgique, le Truvada reste actuellement prescrit uniquement dans un but curatif. La ministre serait-elle favorable à l'utiliser dans un objectif de prévention? Des initiatives nouvelles sont-elles envisagées suite à la décision de la Commission européenne?

Plan hépatite C

Concernant le Plan hépatite C, l'élargissement dès 2017 du remboursement du traitement pour les patients en phase 2 et aux groupes à risque a été récemment annoncé. 2600 patients bénéficieront d'un remboursement l'an prochain contre 1400 en 2016. Pour le membre, il s'agit une bonne nouvelle.

La ministre a également annoncé vouloir étendre le remboursement de ce traitement très coûteux (plus de 40 000 euros) à l'ensemble des porteurs du virus à partir de 2021, en ce compris ceux qui ne souffrent d'aucun symptôme. Une telle annonce, qui concerne une prochaine législature, n'engage à rien.

Le coût de l'élargissement décidé pour 2017 est estimé à 90 000 000 euros. Comment la ministre va-t-elle

het vereiste budget vrijmaken? Werd in het kader van het Farmapact de kostprijs van de behandeling opnieuw doorgesproken met de farmaceutische industrie?

Met betrekking tot het Vergoedingsfonds heeft de spreker in de plenaire vergadering al de gelegenheid gehad daarover een mondelinge vraag te stellen; hoewel de beleidsnota daar met geen woord van rept, heeft het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg immers wel degelijk zijn rapport ter zake ingediend. Volgens het Centrum zouden 1 243 patiënten rechtstreeks en 6 072 patiënten onrechtstreeks met hepatitis C zijn besmet; voor hiv zou het om 41 rechtstreeks besmette en 184 onrechtstreeks besmette patiënten gaan. De schadeloosstelling van die patiënten zou ongeveer 67 miljoen euro vergen, te spreiden over een periode van ongeveer 15 jaar waarin de aanvragen naar verwachting zullen binnenlopen. Heeft de minister haar beraadslaging afgerond? Zal uiteindelijk een budget worden vrijgemaakt?

Geweld tegen vrouwen

Wat de aanpak van intrafamiliaal en seksueel geweld betreft, gaat de minister door met de opleidingen binnen de ziekenhuizen, onder meer omtrent het gebruik van de SAS (Seksuele Agressie Set). In hoeveel ziekenhuizen kon deze opleiding tot dusver worden georganiseerd?

Er zou een pluridisciplinair centrum worden opgericht om slachtoffers van seksueel geweld een alomvattende opvang te kunnen bieden. Het Adviescomité voor maatschappelijke emancipatie heeft dienaangaande al heel wat werk verricht. Hoever staat het met dit project? Zal een budget kunnen worden vrijgemaakt?

Hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen vervangt

Er werd een brede openbare raadpleging georganiseerd in het kader van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (die het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen vervangt). Hoeveel bijdragen werden tot dusver verstuurd? Van wie gingen ze uit? Op welke manier zal er rekening mee worden gehouden? Wanneer zal deze raadpleging afgelopen zijn?

Inzake deontologie geeft de minister aan dat hij de oprichting overweegt van een transversale deontologische kamer binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van

débloquer le budget nécessaire? Une renégociation du prix des traitements avec l'industrie pharmaceutique a-t-elle eu lieu dans le cadre du Pacte Pharma?

Concernant le fonds d'indemnisation, l'orateur a déjà eu l'occasion de poser une question orale en séance plénière sur ce sujet puisque, nonobstant le silence de la note de politique générale, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a bien remis son rapport dans ce cadre. Selon lui, il existerait, pour l'hépatite C, 1243 victimes directes et 6072 victimes indirectes; pour le sida, 41 victimes directes et 184 victimes indirectes. Le budget nécessaire à cette indemnisation s'élèverait à environ 67 millions d'euros, à répartir sur une période d'environ 15 années au cours de laquelle on s'attend à recevoir des demandes. La ministre a-t-elle abouti dans ses réflexions? Un budget sera-t-il finalement dégagé?

Violences faites aux femmes

Dans la lutte contre les violences intrafamiliales et les violences sexuelles, la ministre poursuit les formations au sein des hôpitaux, notamment en matière d'utilisation du SAS (set d'agression sexuelle). Combien d'hôpitaux ont déjà pu bénéficier de ce type de formation jusqu'à présent?

Il a été annoncé la mise en place de centre multidisciplinaire afin de prendre en charge de manière globale les victimes de violences sexuelles. Un important travail a déjà eu lieu sur le sujet au sein du comité d'avis de l'émancipation sociale. Où en est ce projet? Un budget pourra-t-il être dégagé?

Réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé

Une large consultation publique a été organisée dans le cadre de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé). Combien de contributions ont été envoyées jusqu'à présent? De qui émanent-elles? Comment pourront-elles prises en considération? Quand cette consultation prendra-t-elle fin?

En matière de déontologie, la ministre dit réfléchir à la création d'une chambre transversale déontologique au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne

de Voedselketen en Leefmilieu. In het verleden werden hierover ook al denksporen op tafel gelegd. Hoever staat de minister met zijn voornemen?

Met betrekking tot planning en contingentering geeft de minister aan dat de commissie haar werkzaamheden in 2017 zal voortzetten door alternatieve scenario's uit te stippelen voor de verschillende specialismen. De spreker kan niet anders dan terugdenken aan het feit dat de minister de commissie heeft genegeerd door geen rekening te houden met haar advies inzake de vaststelling van de RIZIV-quota.

Aangaande de vroedvrouwen, die een belangrijke partner zijn met het oog op de beperking van de verblijfsduur op de kraamafdeling, vindt de spreker dat de minister omgekeerd te werk is gegaan: ze heeft eerst de verblijfsduur beperkt en pas daarna proefprojecten rond postnatale zorg in uitzicht gesteld, met als enig doel besparingen te verwezenlijken.

Kan de minister een nauwkeuriger tijdspad bezorgen wat het vervolg van de werkzaamheden over de niet-conventionele praktijken betreft?

De spreker herinnert eraan dat zijn fractie een voorstel van resolutie over de erkenning en de regeling van de uitoefening van de osteopathie heeft ingediend (DOC 54 1757/001). Kan het parlement worden betrokken bij de uitwerking van een regeling voor deze praktijken, zonder geconfronteerd te worden met een tekst waar niet aan te tornen valt?

Bloedgiften door MSM's

Vorig jaar dacht de spreker zich te kunnen verheugen op de bereidheid van de minister om de uitsluiting van MSM's (mannen die seksuele contacten hebben met andere mannen) wat het doneren van bloed betreft, nader te bekijken. Nu stelt de spreker tot zijn spijt vast dat de uitsluiting van bloedgiften pas zal vervallen na een periode van 12 maanden onthouding.

De kwaliteit van de bloedgiften moet uiteraard worden gewaarborgd, maar dit neemt niet weg dat deze vereiste, die ook in andere landen geldt, vernederend blijft. Andere landen, waaronder Italië, hebben een andere keuze gemaakt. Een dergelijke maatregel werkt een sfeer van homofobie in de hand, doordat een deel van de bevolking op basis van zijn seksuele geaardheid wordt gestigmatiseerd. Dit bevestigt de mythe over een gemeenschap die er systematisch gevaarlijke, risicovolle en zelfs ongezonde seksuele praktijken op nahoudt en voedt de opvatting dat homoseksualiteit per

alimentaire et Environnement. Des pistes ont déjà été mises sur la table dans ce sens par le passé. Où en est la ministre dans cette réflexion?

Concernant la planification et au contingentement, la ministre expose que la commission de planification va poursuivre ses travaux en 2017 en développant des scénarios alternatifs pour les différentes spécialités. L'intervenant ne peut s'empêcher de penser à la manière dont la ministre a désavoué la commission en ne tenant pas compte de son avis concernant la fixation des quotas INAMI.

Concernant les sages-femmes qui constituent des partenaires important dans le cadre de la réduction du séjour en maternité, l'orateur évalue que la ministre a travaillé à l'envers: elle a d'abord réduit le séjour et ensuite seulement envisagé le développement par projets-pilotes des soins postnatals, dans le seul but de réaliser des économies.

Un calendrier plus précis de la suite des travaux sur les pratiques non-conventionnelles peut-il être donné?

L'orateur rappelle que son groupe a déposé une proposition de résolution visant à reconnaître et encadrer la pratique de l'ostéopathie (DOC 54 1757/001). Le parlement pourra-t-il être associé à la mise en place de l'encadrement de ces pratiques, sans être confronté à un texte bétonné?

Don de sang HSH

L'année dernière, l'orateur pensait pouvoir se réjouir de la volonté de la ministre d'examiner la situation d'exclusion du don de sang des hommes ayant des relations avec d'autres hommes (HSH). Aujourd'hui, l'intervenant constate et déplore que l'exclusion du don de sang ne sera supprimée qu'après une période d'abstinence de 12 mois.

S'il est indispensable que la qualité des dons de sang soit garantie, il n'en reste pas moins que cette exigence qui existe dans d'autres pays demeure humiliante. D'autres pays comme l'Italie ont fait un choix différent. Une telle mesure favorise un climat d'homophobie en stigmatisant une partie de la population sur base de son orientation sexuelle. Elle alimente le mythe d'une communauté dont les pratiques sexuelles seraient systématiquement dangereuses, risquées voire malsaines et nourrit l'idée que l'homosexualité est nécessairement porteuse de maladie. Lors du don de sang, seul le critère

definitie een bron is van het overdragen van ziektes. Bij bloeddonaties moet de kwaliteit van het bloed het enige criterium zijn, niet de persoon van wie het bloed afkomstig is.

Nucleair noodplan

Het nucleair noodplan voorziet in het op voorhand verdelen van stabiel jodium in een straal van 20 km rond de grote kerncentrales en in een straal van 10 km rond kleinere kerninstallaties. De Europese stralingbeschermingsautoriteiten, de Hoge Gezondheidsraad en het Federaal Agentschap voor Nucleair Controle hebben alle gepleit voor een uitbreiding van de verdeling op voorhand van jodumpillen tot een straal van 100 kilometer rond de kerncentrales.

In het kader van de hervorming van het nucleair noodplan leek de regering het eens te zijn met het principe van een uitbreiding van de verdeling op voorhand van jodumpillen tot heel het Belgisch grondgebied. Uit de beleidsnota's Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken valt echter op te maken dat de regering lijkt terug te krabbelen. In de beleidsnota van de minister van Binnenlandse Zaken staat dat de veralgemeende verdeling in geval van een kernongeval zou worden beperkt tot de personen die zich in een straal van 20 km rond de centrales bevinden, alsook tot prioritaire doelgroepen. Meer uitleg bevat de nota van de minister niet. Wat is het standpunt van de regering en inzonderheid van de minister van Volksgezondheid, over die uitbreiding?

Redesign van de administraties

Met betrekking tot de Redesign van de administraties, deelt de spreker de doelstellingen inzake een coherent, doeltreffend en efficiënt beheer. De Redesign als door de regering opgevat moet echter aanzienlijke besparingen opleveren. De spreker vreest dan ook voor de gevolgen voor het personeel van de betrokken instellingen en voor de patiënten.

Werk 1 betreft een versterkte coördinatie van het netwerk van federale gezondheidsadministraties. Aangezien gestreefd wordt naar rationalisering, wat zullen de gevolgen zijn voor deze administraties en hun personeel?

Werk 2 betreft de versterking van de interfederale coördinatie van het gezondheidsbeleid, onder meer via het in uitzicht gestelde Instituut voor de Toekomst van de Gezondheidszorg. Wat is het tijdspad voor de totstandkoming van dit Instituut? Wie zullen daarbij de belanghebbenden zijn en welke plaats zullen zij innemen? Welke rol zullen de sociale partners in dit verband spelen?

de la qualité du sang doit être examiné et non l'origine de la population dont il est issu.

Plan d'urgence nucléaire

Le plan d'urgence nucléaire prévoit la pré-distribution d'iode stable dans un rayon de 20 km autour des grandes installations nucléaires et dans un rayon de 10 km pour les installations nucléaires de moindre taille. Les autorités de radioprotection européennes, le Conseil supérieur de la Santé et l'Agence fédérale du contrôle nucléaire ont tous plaidé pour une extension de la zone de pré-distribution des pilules d'iode à un rayon de 100 kilomètres autour des installations nucléaires.

Dans le cadre de la réforme du plan d'urgence nucléaire, le gouvernement semblait accepter le principe d'une pré-distribution d'iode étendue à l'ensemble du territoire belge. Par contre, à la lecture des notes de politique générale Santé et Intérieur, le gouvernement semble faire marche arrière. Dans la note de politique générale du ministre de l'intérieur, il est indiqué que la distribution généralisée en cas d'accident nucléaire serait limitée aux personnes se trouvant dans un rayon de 20 km des centrales ainsi qu'à des groupes cibles prioritaires. La note de la ministre ne contient pas plus d'explication. Quelle est la position du gouvernement et de la ministre de la Santé en particulier, par rapport à cette extension?

Redesign des administrations

Concernant le redesign des administrations, l'orateur partage les objectifs en termes d'efficacité, d'efficacités et de cohérence en matière de gestion. Mais le redesign du gouvernement doit permettre de réaliser des économies importantes. L'orateur craint donc des conséquences sur le personnel des institutions concernées et sur les patients.

Le chantier 1 concerne la coordination renforcée du réseau des administrations fédérales de la santé. Le but étant la rationalisation, quels seront les impacts sur ces administrations et leur personnel?

Le chantier 2 concerne le renforcement de la coordination interfédérale via la création de l'Institut de l'avenir des soins de santé. Quel est l'échéancier pour la mise en place de l'Institut? Quelle place auront les parties prenantes en son sein et quelles seront précisément ces parties prenantes? Qu'en sera-t-il des interlocuteurs sociaux?

Werk 3 gaat over de uitbouw van één kennisinstelling inzake gezondheid en gezondheidszorg. In hoever zal deze instelling autonoom en onafhankelijk zijn? Welk juridisch statuut zal ze hebben? Welke plaats zal voor de belanghebbenden weggelegd zijn?

Werk 4 beoogt een stroomlijning en samenwerking inzake inspectie en controle binnen de zorgadministraties. De controle zou echter voor elke instelling specifiek moeten zijn, rekening houdend met haar specifieke kenmerken en haar opdrachten. Welke meerwaarde zal die stroomlijning bieden?

Werk 5, ten slotte, gaat over de eventuele oprichting van een Federale Gezondheidsdienst. Een consortium van consultants voert een opportuniteits- en haalbaarheidsanalyse uit. Waaruit bestaat dit consortium? Wanneer zal geweten zijn of dit plan uiteindelijk werkelijkheid wordt?

Tijdens het hele proces moet het overleg met alle belanghebbenden en met de sociale partners worden nageleefd. Kan de minister verzekeren dat het er haar niet om te doen is het paritair beheer af te zwakken en de politiek en de administratie meer gewicht te geven in de beslissingen op het gebied van het gezondheidsbeleid en de ziekteverzekering? Het is vooral essentieel dat geen komaf wordt gemaakt met een systeem – met onder andere het RIZIV – dat goed functioneert, in naam van een rationalisering tot elke prijs.

*
* *

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) stelt vast dat het noodzakelijk is de besprekingen over de hervorming van de ziekenhuisfinanciering voort te zetten.

Het begrotingstraject waartoe de regering bij haar aantreden heeft beslist, wordt voortgezet. Dat traject wordt door de minister in acht genomen. De principes waarop dat traject stoelt, stemmen overeen met het beleid dat de minister tot dusver heeft gevoerd, alsook met haar doelstellingen voor het begrotingsjaar 2017 zoals die uit de beleidsnota voortvloeien.

De spreekster formuleert twee opmerkingen van algemene aard. Naar aanleiding van ontmoetingen met de sector zijn er allerhande bekommelingen geuit door gezondheidszorgactoren, zoals de tandartsen, de apothekers, de verpleegkundigen enzovoort. Het is zaak al die zorgverstrekkers een toekomstvisie te bieden waarin elk van die zorgberoepen zijn rol kan spelen: eenieder moet kunnen weten hoe zijn beroep op langere termijn eruit zal zien.

Le chantier 3 concerne la création d'un seul centre d'expertise en matière de soins de santé. Qu'en sera-t-il de son autonomie et de son indépendance? Quel sera son statut juridique? Quelle place y auront les parties prenantes?

Le chantier 4 vise une rationalisation et une collaboration en matière d'inspection et de contrôle au sein des administrations. Il semble pourtant indispensable que le contrôle soit propre à chaque organisme dans le respect de ses spécificités et ses missions. Quelle sera la plus-value de cette rationalisation?

Enfin, le chantier 5 concerne la création éventuelle d'un service fédéral de la santé. Un consortium de consultants conduit une analyse d'opportunité et de faisabilité. Quel est ce consortium? Quand saura-t-on si cette éventualité sera finalement concrétisée?

La concertation avec toutes les parties prenantes et les partenaires sociaux doit être respectée tout au long du processus. La ministre assure-t-elle de ne pas vouloir affaiblir la gestion paritaire au profit d'un renforcement du poids du politique et de l'administration dans les décisions en matière de santé et d'assurance-maladie? Surtout, il paraît essentiel de ne pas mettre fin à un système qui fonctionne bien comme l'administration de l'INAMI au nom d'une rationalisation à tout prix.

*
* *

Mme Nathalie Muylle (CD&V) constate la nécessité de poursuivre les discussions concernant la réforme du financement hospitalier.

La trajectoire budgétaire décidée par le gouvernement en début de législature est poursuivie. Elle est respectée par la ministre. Les principes sur lesquels repose cette trajectoire correspondent à la politique menée jusqu'ici par la ministre et à ses objectifs pour l'exercice budgétaire 2017, tels qu'ils résultent de la note de politique générale.

L'intervenante exprime deux remarques d'ordre général. D'une part, consécutivement à des rencontres avec le terrain, des acteurs de la santé font part de préoccupations d'ordre divers, comme les dentistes, les pharmaciens, les prestataires de l'art infirmier, etc. Il est important de donner à l'ensemble de ces prestataires une vision d'avenir dans laquelle chacune des professions des soins de santé trouve son rôle: il faut que chacun puisse savoir à quoi ressemblera sa profession à plus long terme.

Daarnaast moet ook werk worden gemaakt van een budgettaire visie op langere termijn, die verder reikt dan de besparingen waar jaar in jaar uit toe wordt beslist, in het bijzonder wat de ziekenhuisinstellingen betreft.

De onzekerheden over de financiering geven aanleiding tot gedrag dat de overheid moet aanpakken, zoals onrechtmatige financieringsbronnen via de honorariumsupplementen of andere overschrijdingen. In haar streven naar een meerjarenplan kan de minister rekenen op de steun van de partij van de spreekster.

Het hoofdstuk over de patiënt, die centraal wordt geplaatst, bevat passages over het macroniveau en het microniveau, maar de spreekster onderstreept dat eveneens rekening moet worden gehouden met het mesoniveau, met andere woorden het overleg met de vertegenwoordigers van de patiënten. Zij moeten immers worden betrokken bij de werking van de openbare gezondheidszorginstellingen. De patiënten wijzen op behoeften naargelang van hun aandoeningen, waardoor beslissingen kunnen worden genomen die de individuele belangen overstijgen en die meer naar het algemeen belang neigen. De betrokkenheid van de patiënten moet worden voortgezet in de beheerstructuur.

Straling bij medische beeldvorming moet verder worden tegengegaan. De minister stelt een plan in uitzicht om die stralingen te verminderen. Na de jongste wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid waren verbintenissen aangegaan. Welke initiatieven heeft de minister sindsdien genomen? Wanneer mogen nieuwe maatregelen worden verwacht? Wordt in het raam van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering overwogen te werken met een gesloten enveloppe en op basis van een responsabilisering van de actoren? De beperking van de kosten van medische beeldvorming moet worden gehandhaafd.

Er wordt voorzien in terugbetaling voor hepatitis C. Bij het onderzoek van dit dossier door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg werd opgemerkt dat terugbetaling een goede zaak is, maar dat het gelet op de bestaande budgettaire beperkingen niet makkelijk zou zijn de noodzakelijke bedragen vrij te maken. Hoe zit dat voor 2017? Zal een onderscheid worden gemaakt naargelang van de categorieën van rechthebbenden?

De beleidsnota bevat een stevig hoofdstuk over de geestelijke gezondheidszorg. De "artikel 107"-projecten moeten worden voortgezet. Tijdens de laatste bespreking over dit onderwerp werden herbestemmingen en integraties ter sprake gebracht. De spreekster heeft genoteerd dat een en ander nog moet worden besproken

D'autre part, il est également nécessaire d'offrir une vision budgétaire à plus long terme, qui dépasse les économies décidées d'une année à l'autre, spécialement en ce qui concerne les établissements hospitaliers.

Les incertitudes sur le financement suscitent des comportements contre lesquels les autorités doivent lutter, comme des sources de financement indues, trouvées dans les suppléments d'honoraires ou dans d'autres dépassements. Dans la recherche d'un plan pluriannuel, la ministre peut compter sur le soutien du parti de l'oratrice.

Si le chapitre concernant le patient, dont la place est mise au centre, contient des passages sur le macroniveau et le microniveau, l'intervenante souligne qu'il faut aussi tenir compte du mésoniveau, soit la concertation avec les représentants des patients. Il convient en effet de les associer au fonctionnement des institutions publiques des soins de santé. Les patients font état des besoins propres à leurs affections, ce qui permet de trouver des décisions qui dépassent les intérêts individuels et qui approchent de l'intérêt général. L'implication des patients doit être poursuivie dans la structure de gouvernance.

La lutte contre les rayonnements dans l'imagerie médicale doit être poursuivie. Un plan est évoqué par la ministre en vue de réduire ces rayonnements. Des engagements avaient été pris après la dernière loi portant des dispositions diverses en matière de santé. Quelles ont été les initiatives prises par la ministre depuis lors? Quand peut-on attendre de nouvelles mesures? Dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, est-il envisagé de travailler avec une enveloppe fermée, et sur la base d'une responsabilisation des acteurs? La limitation des coûts de l'imagerie médicale doit être maintenue.

Le remboursement est prévu pour l'hépatite C. Lorsque ce dossier a été analysé au sein du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, il a été noté que le remboursement est une bonne chose, mais qu'il n'allait pas être facile, vu les contraintes budgétaires actuelles, de libérer les montants nécessaires. Qu'en sera-t-il en 2017? Des distinctions seront-elles opérées selon les catégories de bénéficiaires?

La note de politique générale contient un chapitre bien fourni en ce qui concerne les soins de santé mentale. Les projets "article 107" doivent être poursuivis. Lors de la dernière discussion en date sur le sujet, des réallocations et des intégrations avait été évoquées. L'intervenante a bien noté qu'une discussion devait

in de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, wat normaal is gelet op de aard van de betrokken materie. Hoe is de situatie in het veld intussen? Wordt de reallocatie nog steeds overwogen? Hoe zit het met de mobiele teams?

Tot eind november 2016 werden raadplegingen gehouden in het raam van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen; die wet vervangt koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Hoeveel reacties heeft de minister tot dusver ontvangen? Welke instellingen hebben gereageerd? Wat zal de minister met die bijdragen doen? Komt de hervorming er in 2017? Het zou interessant mocht de commissie over dit onderwerp een diepgaand debat houden.

Aangaande de apothekers sleept het dossiers van de tarieven per eenheid al jaren aan. Tijdens een van de laatste besprekingen van dit punt in de commissie werd onderstreept dat er informaticaproblemen waren vastgesteld. De sector is bovendien van mening dat de tegemoetkomingen te laag zijn voor de apothekers. Kan de minister ter zake een stand van zaken geven?

Het dossier van de verpleegkundebberoepen is netelig. In verband met de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen gaat het hier vast en zeker om een van de meest beladen dossiers. Het is logisch dat de betrokken actoren standpunten innemen naargelang van hun belangen. Dat doet evenwel niets af aan de noodzaak een duidelijk wetgevingsraamwerk voor de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen uit te tekenen. De minister heeft er altijd op gewezen dat de titel zou worden behouden conform de voorwaarden die door de Europese normen worden gesteld. Halverwege 2017 zou een evaluatie plaatsvinden. Is dat nog altijd het geval? Worden de *health care assistants* bij het debat betrokken?

De zorgkundigen uitien hierover bekommelingen en vrezen niet te zullen worden opgenomen bij de gezondheidszorgberoepen. Zij vragen zich af welk niveau hen zal worden toegewezen. Het gaat om duizenden gezondheidszorgwerknemers, die essentieel zijn voor de werking van de zorginstellingen, de rusthuizen en de rust- en verzorgingstehuizen. Er was overleg in uitzicht gesteld; kan de minister de resultaten daarvan aangeven?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg heeft een onderzoek gepubliceerd naar het te hoge aantal keizersneden. De bekendmaking van de cijfers

encore avoir lieu en Conférence interministérielle de la Santé publique, ce qui est normal au vu de la nature de la matière concernée. Quelle est la situation entre-temps sur le terrain? La réallocation est-elle encore toujours envisagée? Qu'en est-il des équipes mobiles?

Des consultations étaient menées jusqu'à la fin du mois de novembre 2016 dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Jusqu'à présent, combien de réactions la ministre a-t-elle déjà pu recevoir? Quelles institutions ont réagi? Comment la ministre va-t-elle traiter ces contributions? La réforme aura-t-elle lieu en 2017? Il serait intéressant qu'une discussion approfondie dédiée ait lieu en commission sur le sujet.

En ce qui concerne les pharmaciens, le dossier des tarifs par unité est pendant depuis de nombreuses années. Lors d'une des dernières discussions sur ce point en commission, il a été souligné que des problèmes informatiques avaient été constatés. Le secteur estime en outre que les interventions sont trop faibles pour les pharmaciens. La ministre peut-elle donner un état des lieux en la matière?

Le dossier des professions de l'art infirmier est délicat. Dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, il s'agit à coup sûr de l'un des plus émotionnels. Il est logique que les parties prenantes soutiennent des points de vue conformes à leurs intérêts. Il n'en est pas moins nécessaire de tracer un cadre législatif clair pour l'exercice des professions des soins de santé. La ministre a toujours indiqué que le titre serait maintenu conformément aux conditions posées par les normes européennes. Une évaluation était annoncée à la mi-2017. Celle-ci est-elle toujours d'actualité? Les *"Health Care Assistants"* sont-ils intégrés dans la discussion?

Les aides-soignants émettent à ce sujet des préoccupations, craignant de ne pas être intégrées dans les professions des soins de santé. Ils s'interrogent sur le niveau qui leur sera accordé. Il s'agit de milliers de travailleurs de la santé, dont la présence est essentielle au fonctionnement d'institutions de soins, de maisons de repos et de maisons de repos et de soins. Des concertations étaient annoncées; la ministre peut-elle donner les résultats de celles-ci?

Une étude a été publiée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur le nombre trop élevé de césariennes. La publication des chiffres est une bonne

is een goede zaak en draagt bij tot de transparantie; zo is het mogelijk de ziekenhuisstructuren met elkaar te vergelijken. Bij dat onderzoek is het echter niet mogelijk gebleken aanbevelingen te formuleren. Sensibilisering en communicatie naar de patiënten en de sector zouden echter relevant zijn. Deelt de minister die zienswijze?

De spreekster ziet het nut in van de maatregel die ertoe strekt tandzorg gratis te maken. Het ware evenwel raadzaam de tandartsen een signaal te geven teneinde hun aandacht te vestigen op het feit dat de doelgroep van de maatregel niet degenen zijn die de tandartsen al bezoeken. De mensen die er nood aan hebben, worden niet door de maatregel bereikt. Bovendien zou het systeem moeten worden aangepast, aangezien met een jaarlijkse referentieperiode die automatisch op 31 december afloopt, wordt vastgesteld dat de meeste bezoeken plaatsvinden tijdens de laatste weken van het jaar.

Bij de laatste bespreking van het voorstel van resolutie over de erkenning en de regeling van de uitoefening van de osteopathie (DOC 54 1757/001) had de vertegenwoordigster van de minister erop gewezen dat het nuttig zou zijn het onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg over dit onderwerp bij de tijd te brengen in het licht van eventuele evoluties in de *evidence based-geneeskunde*.

Aangaande de moratoria voor medische wachtdiensten werd verwezen naar een doorlichting. Wat zijn de resultaten daarvan?

De spreekster peilt ten slotte naar een stand van zaken van de elektronische patiëntendossiers. Hoeveel ziekenhuisstructuren zijn al in orde? Welke ziekenhuizen moeten de dossiers nog omzetten? Soms luidt het dat dit dossier onvoldoende ondersteund wordt als gevolg van de budgettaire beperkingen.

*
* *

De heer Damien Thiéry (MR) stipt aan in welke mate de besparingsmaatregelen ten belope van 900 miljoen euro voor het begrotingsjaar 2017 absoluut noodzakelijk zijn. Van dat bedrag is 673 miljoen euro nodig om het begrotingstraject te volgen, terwijl de rest dient om de sanering van de overheidsfinanciën te voltooien.

De tegenstanders van het door de regering voorgestelde budget gezondheidszorg laten stelselmatig na te vermelden dat het budget voor 2017 met 584 miljoen euro wordt opgetrokken. Dat bedrag zal de patiënten

chase et contribue à la transparence, permettant une comparaison entre les structures hospitalières. Il n'a toutefois pas été possible à l'occasion de cette étude de formuler des recommandations. Une sensibilisation et une communication vers les patients et le terrain seraient toutefois pertinentes. La ministre partage-t-elle cette vue?

L'intervenante ne nie pas l'intérêt de la mesure visant à fournir des soins dentaires gratuits. Mais il conviendrait qu'un signal soit envoyé aux dentistes pour attirer leur attention sur le fait que le groupe-cible de la mesure n'est pas celui qui visite le dentiste. Les personnes qui en auraient besoin ne sont pas atteintes. En outre, il faudrait adapter le système car, avec une période de référence annuelle finissant automatiquement le 31 décembre, on constate une période de visites concentrée sur les dernières semaines de l'année.

Lors de la dernière discussion en date de la proposition de résolution visant à reconnaître et encadrer la pratique de l'ostéopathie (DOC 54 1757/001), la représentante de la ministre avait évoqué l'intérêt qu'il pourrait y avoir à une mise à jour de l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur le sujet, sur la base d'éventuelles évolutions sur la médecine fondée sur les preuves.

En ce qui concerne les moratoires sur les postes de garde médicale, un audit a été cité. Quels en sont les résultats?

L'intervenante demande enfin un état des lieux des dossiers du patient électroniques. Combien de structures hospitalières sont déjà en ordre? Quels sont les hôpitaux qui doivent encore les transposer? Il est parfois exprimé qu'en raison des limitations budgétaires, ce dossier ne serait pas assez soutenu.

*
* *

M. Damien Thiéry (MR) note à quel point les mesures d'économies à concurrence de 900 millions d'euros pour l'exercice budgétaire 2017 relèvent de l'impérieuse nécessité. Sur cette somme, 673 millions d'euros sont nécessaires pour suivre la trajectoire budgétaire et le reliquat pour compléter l'assainissement des finances publiques.

Les opposants au budget présenté par le gouvernement pour les soins de santé omettent systématiquement de mentionner que pour 2017 le budget connaîtra une augmentation, de l'ordre de 584 millions d'euros.

en de sector ten goede komen. Er is geregeld overleg met de sector en de minister waarborgt dat de patiënt centraal staat.

Voor de MR zijn belangrijke elementen in het beleid van de minister het farmaceutisch pact, waardoor prijsverlagingen voor de patiënten mogelijk worden, de terugbetaling in het kader van het hiv-plan, de terugbetaling voor patiënten met hepatitis C enzovoort. Het gaat om reële vooruitgang, net zoals de snellere terugbetalingen aan de patiënt. De minister verklaart voorts waarom zij de tegemoetkoming voor bepaalde specialiteiten, zoals neussprays, verlaagt. De aanpassingen geschieden altijd in het belang van de kwaliteit van de gezondheidszorg en in overleg met de sector.

Elke wijziging van de indexeringsregels wordt door de tegenstanders ervan altijd onvolledig weergegeven. Men mag de wijzigingen in de indexering niet negatief bekijken, door ze met de indexsprong in verband te brengen, maar moet ze positief zien: de wijzigingen moeten worden gezien als het behoud van een – zij het beperkte – indexering ten voordele van de sector. De wijzigingen zijn ingegeven door de wil om de sector mee te geven dat een responsabilisering van bijna 122 miljoen euro nodig is. Heeft de sector zijn voorstellen op dit gebied al geformuleerd? Zonder zich in de plaats van de overlegorganen te stellen vindt de spreker dat het beter zou zijn de intellectuele prestaties te indexeren, veeleer dan de technische handelingen.

De spreker neemt nota van het voornemen van de minister om „verder een evaluatie [te] maken van de inhoud van de globale begrotingsdoelstelling van de gezondheidszorg. Meer bepaald dient nagegaan te worden in welke mate de actuele inhoud van de globale begrotingsdoelstelling niet moet verruimd worden naar een reeks uitgaven die toch gerelateerd kunnen worden aan de bevoegdheden van de diverse overeenkomsten- en akkoordencommissies.” (DOC 54 2111/005, blz. 28). Kan de minister verduidelijken wat zij hieronder verstaat?

De afschaffing van de honoraria van de apothekers voor de geneesmiddelen van “Hoofdstuk 4” heeft de sector in snelheid genomen. De minister heeft zich evenwel bereid getoond met de sector overleg te plegen. Heeft dat al plaatsgehad? Werden er alternatieve voorstellen geformuleerd?

De spreker is het niet eens met de bewering dat het akkoord tussen artsen en ziekenfondsen door de artsen zou zijn opgezegd. Er werd alleen een oproep tot deconventionering gedaan door een representatieve

Ces montants bénéficieront aux patients et au secteur. Des concertations régulières ont lieu avec le secteur et la ministre garantit que le patient est au cœur des préoccupations.

Des éléments importants dans la politique menée par la ministre sont, pour le MR, le pacte pharmaceutique, qui permet des diminutions de prix au profit des patients, le remboursement organisé dans le cadre du plan VIH, le remboursement au profit des patients atteints de l'hépatite C, etc. Il s'agit de réelles avancées, tout comme les remboursements plus rapides organisés au profit du patient. La ministre explique par ailleurs pourquoi elle réduit l'intervention pour certaines spécialités, comme les sprays nasaux. Les adaptations sont toujours dans l'intérêt de la qualité des soins de santé et sont concertées avec le secteur.

Toute modification aux règles de l'indexation est toujours présentée de manière tronquée par ses opposants. Il ne faut pas voir les modifications apportées à l'indexation de manière négative, en les rapprochant d'un saut d'index, mais de manière positive, comme le maintien d'une indexation au profit du secteur, fût-elle limitée. Les modifications procèdent d'une volonté d'indiquer au secteur la nécessité d'une responsabilisation de presque 122 millions d'euros. Le secteur a-t-il déjà formulé ses propositions en la matière? L'intervenant estime, mais sans se substituer aux organes de la concertation, qu'il serait préférable d'indexer les prestations intellectuelles, plutôt que les actes techniques.

L'orateur note la volonté de la ministre de “procéder, en 2017, à une évaluation du contenu de l'objectif budgétaire global des soins de santé. Plus précisément, il conviendra de vérifier dans quelle mesure le contenu actuel de l'objectif budgétaire global ne doit pas être étendu à une série de dépenses qui peuvent quand même être associées aux compétences des diverses commission de conventions et d'accords.” (DOC 54 2111/005, p. 28). La ministre peut-elle préciser ce qu'elle entend par là?

La suppression des honoraires des pharmaciens pour les médicaments “chapitre 4” a pris de vitesse le secteur. La ministre a toutefois indiqué sa volonté de mener une concertation avec ce secteur. A-t-elle déjà eu lieu? Des propositions alternatives ont-elles été formulées?

L'intervenant n'est pas d'accord avec l'assertion suivant laquelle l'accord médico-mutualiste aurait été dénoncé par les médecins. Seul a été lancé un appel au déconventionnement par une organisation

artsenorganisatie. Beschikt de minister over cijfers over eventuele deconventioneringen?

De spreker keurt het aangekondigde overleg met de patiënten goed en moedigt de minister aan in die zin voort te gaan.

Er werden in plenum al mondelinge vragen gesteld over de terugbetaling van de behandeling van hepatitis C. De snellere toegang tot behandeling is voor de spreker uitstekend nieuws. Er blijft evenwel de vraag van de vergoeding, een knoop die in het licht van de budgettaire beperkingen des te delicaat is om door te hakken. Het is moeilijk om in dat dossier verder te gaan. De kosten zouden ongeveer 67 à 68 miljoen euro bedragen. Opgemerkt zij evenwel dat dit cijfer over een vijftiental begrotingsjaren zou worden gespreid. Door te faseren zou men de eventuele evolutie van de situatie kunnen nagaan.

De huisartsenwachtposten blijven in bepaalde streken van het land voor problemen zorgen, vooral op het platteland. Elke nacht in de week brengt zijn wachttol met zich, met moeilijkheden voor vele posten, vooral op lange termijn. Er is een analyse aangekondigd van de standaardisering van de werkingskosten. Kan een oplossing worden overwogen waarbij rekening wordt gehouden met de specifieke problemen van bepaalde provincies?

Orgaandonatie door levende donoren stuit nog op diverse hinderpalen. De aan donatie voorafgaande onderzoeken doen een probleem rijzen op het vlak van het remgeld. Het bedrag is soms heel hoog. Men moet zorgen voor een verlaging van het remgeld, of zelfs voor de afschaffing ervan. Zou dit geen eerste stap zijn naar een oplossing voor die donaties?

Artikel 15, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, verplicht het volgende: "Met het oog op de continuïteit en de kwaliteit van de verzorging moet ieder laboratorium, bedoeld in artikel 3, 1°, over een voldoende aantal specialisten in de klinische biologie beschikken, waaronder tenminste 0,8 fulltime equivalent geneesheer-specialist, die door maximum 2 geneesheren mag worden verzekerd". Kan die norm niet worden aangepast zodat de in klinische biologie gespecialiseerde apotheker ook in aanmerking komt, net zoals de arts?

In verband met de verstrekking van jodiumtabletten vraagt de spreker of de minister, in overleg met de minister van Binnenlandse Zaken, al maatregelen heeft genomen of van plan is te nemen?

représentative des médecins. La ministre dispose-t-elle de chiffres sur d'éventuels déconventionnements?

L'orateur approuve la concertation annoncée avec les patients et l'encourage à poursuivre en ce sens.

Des questions orales ont déjà été posées en séance plénière sur le remboursement des traitements de l'hépatite C. L'accès plus rapide aux traitements constitue pour le membre une excellente nouvelle. Il reste toutefois la question de l'indemnisation, d'autant plus délicate à trancher qu'il existe des limitations d'ordre budgétaire. Il est difficile d'aller plus loin dans ce dossier. Le coût serait de l'ordre de 67 à 68 millions d'euros. Il faut toutefois noter que ce chiffre serait réparti sur une quinzaine d'années budgétaires. Un phasage permettrait de voir comment la situation évoluerait.

Les postes de garde continuent à poser des problèmes dans certaines régions du pays, surtout en zones rurales. Chaque nuit de semaine apporte son lot de rôles de garde, dont un grand nombre sont en difficultés, surtout dans une perspective à long terme. Il est annoncé une analyse sur la standardisation des frais de fonctionnement. Une solution prenant en compte des problèmes plus spécifiques de certaines provinces pourrait-elle être envisagée?

Le don d'organe, du vivant du donneur, continue à se heurter à des obstacles d'ordres divers. Les examens préalables au don posent un souci au niveau du ticket modérateur. Le montant est parfois fort élevé. Il faudrait s'assurer d'une réduction du ticket modérateur, voire de sa suppression. Ceci ne constituerait-il pas une première solution pour ces dons?

L'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, impose, en son article 15, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, "Afin d'assurer la continuité et la qualité des soins", que "chaque laboratoire visé à l'article 3, 1°, dispose d'un nombre suffisant de spécialistes en biologie clinique, dont au moins 0,8 équivalent temps plein médecin spécialiste, qui peut être assuré au maximum par 2 médecins". Cette norme ne pourrait-elle pas être adaptée afin que le pharmacien spécialisé en biologie clinique soit également pris en considération à l'instar du médecin?

La ministre, en concertation avec le ministre de l'Intérieur, a-t-elle déjà pris des mesures, ou est-elle sur le point d'en prendre, en ce qui concerne la distribution de comprimés d'iode?

Belangrijk werk heeft plaatsgehad om tot een akkoord te komen over de RIZIV-nummers. Wordt dat akkoord door alle partijen nageleefd, en meer bepaald door de Franse Gemeenschap?

*
* *

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) stelt vast dat de begroting 2017 een serieuze besparingsinspanning heeft opgelegd voor de bevoegdheid van volksgezondheid. Er werd betoogd tegen deze besparingsmaatregelen, en de spreekster heeft begrip voor de bekommernissen. Maar diezelfde dag verklaarde Peter Degadt in "De Tijd": "Er is ongenoegen in de sector, maar we zouden dringend eens in de spiegel moeten kijken, want we kunnen niet voortdoen zoals we bezig zijn."

De minister heeft de moed te werken aan problemen die iedereen die bezig is met gezondheidszorg kent en die al een paar zittingsperioden aan hervorming toe zijn: de ziekenhuisfinanciering, de omslag van een acute gezondheidszorg naar een chronische gezondheidszorg, de hervorming van het intussen vervangen koninklijk besluit nr. 78 en ter ondersteuning van dit alles een versnelde invoering van e-gezondheid. Al die hervormingen zijn moeilijk want ze raken aan de belangen van de ene en de andere.

In tijden van beperkte middelen en groeiende gezondheidsnoden, is het correct alloceren van mensen en middelen de enige juiste weg. Het is de plicht van een verantwoordelijke minister om die weg in te slaan ook als dat niet sympathiek is. Niemand wordt warm van de besparingsmaatregelen die nu moeten worden getroffen. Maar het budget groeit nog steeds. De begrotingsrealiteit noopt tot deze ingreep in afwachting dat de door structurele hervormingen terug financiële ademruimte krijgen. De fractie van de spreekster is blij dat deze besparingsoperaties de hervormingen ten gronde niet *on hold* zetten.

Ondanks de besparingen wordt nog altijd nieuw beleid gevoerd:

— In het kader van het Plan Zeldzame Ziektes wordt gewerkt aan financieringsmodaliteiten voor diagnostische testen waarvoor momenteel in geen terugbetaling is voorzien;

— er wordt in 2017 gestart met werk te maken van de concentratie van locaties voor complexe ingrepen in het kader van pancreas-, long- en slokdarmkanker,

Un travail important a eu lieu pour parvenir à un accord sur les numéros INAMI. Cet accord est-il respecté par toutes les parties, et spécialement la Communauté française?

*
* *

Mme Ine Somers (Open Vld) constate que le budget 2017 a imposé un sérieux effort d'économies à la compétence de la santé publique. Des manifestations ont été organisées contre ces mesures d'économies et l'intervenante comprend les préoccupations ainsi exprimées. Mais le même jour, Peter Degadt a déclaré dans "De Tijd": "Il y a du mécontentement dans le secteur, mais nous devrions nous regarder d'urgence dans le miroir, car nous ne pouvons pas continuer comme aujourd'hui." (traduction)

La ministre a le courage de s'attaquer à des problèmes qui sont connus par tous les intervenants du secteur des soins de santé et dont les chantiers de réformes sont ouverts depuis plusieurs législatures déjà: le financement des hôpitaux, le basculement de soins de santé aigus vers des soins de santé chroniques, la réforme de l'arrêté royal n° 78, qui a été remplacé dans l'intervalle et, en soutien de tout cela, la mise en œuvre accélérée de l'e-Santé. Toutes ces réformes sont difficiles car elles touchent aux intérêts des uns et des autres.

En période de restriction des moyens et de croissance des besoins en matière de santé, la seule voie qui est juste est d'allouer correctement les personnes et les moyens. Il est du devoir d'un ministre responsable d'emprunter cette voie, même si elle n'est pas sympathique. Personne ne se réjouit des mesures d'économies qui doivent être prises aujourd'hui. Mais le budget continue de croître. La réalité budgétaire ne laisse d'autre choix que de prendre ces mesures, dans l'attente que les réformes structurelles ne recréent des marges financières. Le groupe de l'intervenante se réjouit que ces opérations d'économies n'interrompent pas les réformes de fond.

De nouvelles politiques sont encore menées malgré les économies:

— la ministre planche dans le cadre du Plan Maladies rares sur les modalités de financement des tests diagnostiques pour lesquels aucun remboursement n'est actuellement prévu;

— à la suite d'un certain nombre d'études réalisées par le Centre d'expertise, il a été décidé de s'atteler en 2017 à concentrer en certains lieux les interventions

naar aanleiding van een aantal studies van het Kenniscentrum;

— de versoepelde terugbetaling vanaf januari 2017 van HIV-remmers zodat de behandeling zal kunnen worden opgestart zodra de diagnose is gesteld, conform de internationale aanbevelingen;

— de uitbreiding van de terugbetaling van hepatitis C-geneesmiddelen naar de patiënten met een fibro-sestadium 2 en naar patiënten met een hoog risico op complicaties;

— de volledige uitrol van de financiering voor de specifieke doelgroep van kinderen en jongeren en volwassenen die een verstandelijke handicap combineren met een psychische stoornis;

— het invoeren van een liaison functie met betrekking tot alcoholproblemen in acht ziekenhuizen;

— het van start gaan van het actieplan voor de verbetering van de penitentiaire gezondheid vanaf de tweede helft van 2017;

— 12 miljoen euro wordt vrijgemaakt voor de ondersteuning van de dringende geneeskundige hulpverlening.

De minister heeft van *evidence based medicine* terecht een fundamentele beleidslijn gemaakt. De spreker juicht toe dat elke zorgverlener via een uniek portaal toegang krijgt tot de meest actuele en gevalideerde richtlijnen en dat men *decision support tools* zal gaan ontwikkelen want zowel het eerste als het tweede is van groot belang. De unieke toegangspoort is belangrijk, niet alleen voor artsen, maar ook voor de andere zorgverstrekkers zoals kinesitherapeuten, verpleegkundigen, enz. Het is immers belangrijk dat zij allemaal toegang krijgen tot recente wetenschappelijke informatie met betrekking tot hun specialiteit.

De rol van de apotheker is de afgelopen decennia sterk geëvolueerd. Vandaag erkent iedereen niet alleen zijn expertise over geneesmiddelen zelf, maar vooral ook van zijn farmaceutische zorg. Dankzij het gedeeld farmaceutisch dossier zal de apotheker voor het eerst een totaalbeeld krijgen van het geneesmiddelengebruik van de patiënt. Dat laat de huisapotheker toe om de patiënt meer dan ooit te begeleiden in zijn geneesmiddelengebruik, interferenties tussen geneesmiddelen op te sporen en problemen bij het gebruik van geneesmiddelen te bespreken met de patiënt.

complexes réalisées dans le cadre du cancer du pancréas, du poumon et de l'œsophage;

— il est prévu d'assouplir le remboursement des inhibiteurs du VIH à partir de janvier 2017 pour que le traitement puisse être instauré dès que le diagnostic est posé, conformément aux recommandations internationales;

— le remboursement des médicaments utilisés pour le traitement de l'hépatite C est étendu aux patients atteints d'une hépatite C avec stade de fibrose 2 et aux patients présentant un risque élevé de complications;

— la ministre prévoit également le déploiement total du financement d'un groupe cible spécifique, à savoir les enfants et les adolescents ainsi que les adultes qui combinent un retard mental et un trouble psychique;

— une fonction de liaison est instaurée dans huit hôpitaux pour les problèmes d'alcool;

— il est prévu de lancer, dès le second semestre 2017, un plan d'action visant à améliorer les soins de santé pénitentiaires;

— 12 millions d'euros sont libérés au profit de l'aide médicale urgente.

La ministre a à juste titre fait de l'*evidence based medicine* une ligne fondamentale de sa politique. Tous les prestataires de soins auront dorénavant accès, via un portail unique, aux directives les plus récentes et validées et la ministre a l'intention de développer des outils de support de décision. L'intervenante s'en félicite, car ces deux éléments revêtent une grande importance. La création du portail unique présente un intérêt non seulement pour les médecins, mais aussi pour les autres prestataires de soins tels que les kinésithérapeutes, les infirmiers, ... En effet, il est capital qu'ils aient tous accès aux informations scientifiques récentes relatives à leur spécialité.

Le rôle du pharmacien a considérablement évolué au cours des dernières décennies. Aujourd'hui, chacun reconnaît son expertise, en matière non seulement de médicaments mais aussi et surtout de soins pharmaceutiques. Grâce au dossier pharmaceutique partagé, le pharmacien bénéficiera pour la première fois d'un aperçu complet de la consommation de médicaments du patient. Cela permettra au pharmacien de famille d'accompagner mieux que jamais le patient dans sa consommation de médicaments, de détecter les interférences entre médicaments et d'évoquer avec le patient tout problème relatif à l'utilisation des médicaments.

Een recent experiment in Limburg bij de opsporing van diabetes type II toont aan dat apothekers hun rol van ruime farmaceutische zorg willen opnemen omdat zij beseffen dat zij heel wat patiënten zien die niet zo gemakkelijk naar de arts stappen. Zij kunnen goede doorverwijzers worden indien zij hun rol zowel op federaal als op niveau van de gemeenschappen ten volle zouden kunnen spelen. Mevrouw Somers is dus verheugd dat er met de officina-apothekers een meerjarencader wordt opgesteld en dat daarin die ruime farmaceutische zorg een plaats krijgt.

De dringende geneeskundige hulp is al lang vragende partij voor maatregelen. Hun financiële leefbaarheid was precair. Een triage is nodig: mensen worden aldus doorverwezen naar de meest geschikte hulp. Een link wordt gelegd tussen dringende geneeskundige hulpverlening, een correct gebruik van de spoedgevallendienst en de wachtposten.

Wat betreft eHealth stelt de spreekster vast dat goede vooruitgang wordt geboekt. Belangrijke stappen voorwaarts worden gezet op vlak van mHealth. mHealth kent een enorme evolutie, kan heel wat voordelen bieden voor de patiënt, maar privacy dient ook te worden gewaarborgd, evenals de betrouwbaarheid van de aangeboden tools. Dit biedt heel wat perspectieven voor patiënten met ernstige aandoeningen op het vlak van monitoring en aanpassing van de levensstijl.

De minister heeft het initiatief genomen om een *National Health Status* op te stellen met het oog op de gezondheidstoestand van de Belgen. In 2017 worden de voorbereidingen getroffen. Betekent dit dat in 2018 een eerste Status zal worden gepubliceerd? Zal de minister daarbij internationale indicatoren hanteren die België kan vergelijken met de omringende landen?

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en voor kinderen is een enorme operatie. In 2016 werd een nieuw overlegorgaan opgericht om voorstellen te formuleren om de opdrachten van de netwerken voor volwassenen bij te sturen indien nodig. Wat zijn vandaag nog de belangrijkste knelpunten?

De minister heeft 12 miljoen euro weten vrij te maken voor de dringende geneeskundige hulpverlening. Kan zij toelichten hoe zij die middelen zal injecteren? Is hiermee de leefbaarheid van de dringende medische hulpverlening gevrijwaard?

Het Maxi-mip heeft zijn verdienste bewezen bij de terreuraanslag. Na de aanslagen is er een evaluatie

Une expérience récente menée dans le Limbourg dans le dépistage des diabètes de type II révèle que les pharmaciens tiennent à leur rôle de dispensateurs de soins pharmaceutiques au sens large, parce qu'ils se rendent compte que beaucoup de leurs patients ne font pas facilement la démarche de consulter un médecin. Ils pourraient devenir d'utiles "aiguilleurs" s'ils pouvaient jouer pleinement ce rôle, tant au niveau fédéral qu'au niveau des Communautés. M. Somers se réjouit par conséquent de l'établissement, en collaboration avec les pharmaciens d'officine, d'un calendrier pluriannuel qui fasse la part belle aux soins pharmaceutiques au sens large.

Depuis longtemps déjà, l'aide médicale urgente réclame des mesures. Sa viabilité financière était précaire. Un tri doit être opéré, de manière à renvoyer les patients vers l'aide la plus adaptée. Un lien doit être établi entre l'aide médicale urgente, l'utilisation correcte des services d'urgence et les postes de garde.

En ce qui concerne eHealth, l'intervenante constate que des progrès notables ont été réalisés. Des avancées importantes ont été enregistrées dans le dossier *mHealth*. *mHealth* évolue considérablement; il peut offrir de nombreux avantages au patient, mais la protection de la vie privée doit être garantie, tout comme la confidentialité des outils proposés. Pour les patients atteints d'affections graves, ce dispositif ouvre de nouvelles perspectives en termes de monitoring et d'aménagement du mode de vie.

La ministre a pris l'initiative d'établir un rapport national *Health Status* au sujet de l'état de santé des Belges. En 2017, les mesures préparatoires seront prises. Peut-on en conclure qu'un premier *Status* sera publié en 2018? À cet égard, la ministre utilisera-t-elle des indicateurs permettant une comparaison de la Belgique avec ses voisins?

La réforme des soins de santé mentale pour les adultes et pour les enfants représente une opération énorme. En 2016, un nouvel organe de concertation a été créé pour formuler des propositions en vue d'ajuster, au besoin, les missions des réseaux pour adultes.

La ministre est parvenue à dégager 12 millions d'euros pour l'aide médicale urgente. Peut-elle expliquer de quelle manière ces moyens seront injectés? Ce montant permet-il d'assurer la viabilité de l'aide médicale urgente?

Le Maxi-pim a prouvé ses mérites lors des attentats terroristes. Après les attaques, une évaluation a été

gemaakt. Is ondertussen geremedieerd aan alle problemen die toen werden vastgesteld?

Er is onderhandeld met de ziekenfondsen met betrekking tot de modernisering van hun opdrachten. Onder deze opdrachten ook valt ook gezondheidscoaching van de leden. Wat dient er daar onder te worden verstaan?

*
* *

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) leidt uit de beleidsnota over het begrotingsjaar 2017 – dat een grondig uitgewerkt document is – bepaalde goede maatregelen af, andere maatregelen waartegen zij gekant is, en nog andere die weliswaar relevant zouden kunnen lijken, maar die uitvoeringsmaatregelen vereisen en waarvan de uitvoering kennelijk onzeker is. Een regeerperiode is – zelfs als ze vijf jaar duurt – snel voorbij en, zoals ten overvloede is herhaald, zijn de begrotingsmiddelen beperkt.

De beleidsnota is ook erg vaag. Nog maar eens worden tal van studies, overlegondes en andere aan de echte beslissing voorafgaande maatregelen aangekondigd.

Dat bij wijze van inleiding wordt gesteld dat de begroting in evenwicht wordt gehouden, bevreemdt het lid. Evenwicht is immers geen doel op zich, maar wel het doeltreffende antwoord op de concrete behoeften van de bevolking wat een kwaliteitsvolle gezondheidszorg betreft. Het peil van een samenleving wordt onder meer afgemeten aan de kwaliteit van de aan de bevolking verstrekte gezondheidszorg.

In vergelijking met heel wat andere begrotingsjaren wordt de groeinorm fors verminderd. Die vermindering is verontrustend, terwijl integendeel veel meer zou moeten worden geïnvesteerd. Er is beslist omvangrijke bezuinigingen door te voeren, met name in de ziekenhuizen (ten belope van honderd miljoen euro). Terwijl nog niet eens over de contouren van de hervorming van de financiering is beslist, wordt de enveloppe al afgeroomd.

Voorts wordt 15 miljoen euro bespaard op geneesmiddelen, zelfs al schijnt de minister, op grond van de bekommelingen van de patiënten, op haar stappen terug te keren wat de neussprays aangaat. Hoe zullen die bezuinigingsmaatregelen concreet vorm krijgen? Volgens de spreekster gaat de minister fout te werk door te proberen de patiënt te sensibiliseren terwijl die laatste geenszins de geneesmiddelen voorschrijft. De besparingen treffen rechtstreeks de zwakste patiënten: de spreekster geeft het voorbeeld van Floxapen, waarbij de

réalisée. Dans l'intervalle, tous les problèmes alors constatés ont-ils pu être résolus?

Une négociation a été menée avec les mutualités au sujet de la modernisation de leurs missions. Parmi ces missions figure le coaching santé des membres. Qu'entend-on par là?

*
* *

Mme Karin Jiroflée (sp.a) déduit de la note de politique générale afférente à l'exercice budgétaire 2017, un document approfondi, certaines bonnes mesures, d'autres contre lesquelles elle s'oppose, et d'autres encore qui pourraient sembler pertinentes, mais qui nécessitent des mesures d'exécution et dont la réalisation paraît douteuse. Une législature, fût-elle étendue à cinq ans, est en effet rapidement terminée, et les moyens budgétaires, comme il est répété à l'envi, sont limités.

La note de politique générale est également fort vague. Nombreuses encore sont les annonces de lancements d'études, de concertations, et d'autres mesures préalables à la décision réelle.

Affirmer en introduction que le budget est tenu en équilibre étonne le membre. Ce n'est en effet pas l'équilibre qui est un but en soi, mais la réponse efficace aux besoins concrets de la population en soins de santé de qualité. Le niveau d'une société se mesure entre autres à la qualité des soins de santé prodigués à sa population.

La norme de croissance est fortement diminuée par rapport à bien d'autres exercices budgétaires. Cette diminution inquiète alors qu'il faudrait au contraire bien plus investir. Des économies de grande envergure, notamment en matière hospitalière (cent millions d'euros), sont décidées. Alors que la réforme du financement n'est même pas encore décidée dans ses contours, l'enveloppe est déjà rabotée.

Des économies sont également faites dans le domaine des médicaments, à concurrence de 15 millions d'euros, même si la ministre semble revenir sur ses pas concernant les sprays nasaux, sur la base des inquiétudes des patients. Comment ces mesures d'économies seront-elles implémentées? Pour l'intervenante, la ministre fonctionne de manière incorrecte en cherchant à sensibiliser le patient, alors qu'il n'est aucunement le prescripteur des médicaments. Les économies touchent directement les patients les plus faibles: l'intervenante

prijsstijging voor alle patiënten identiek is, ongeacht of zij al dan niet een verhoogde tegemoetkoming genieten.

De beperking van de indexering voor de artsen zal voor de patiënten een ernstig knelpunt doen rijzen. Zij zullen immers de funeste gevolgen ondervinden van de deconventioneringen doordat de zorgverstrekkers zich tegen het uitgestippelde traject verzetten. De vastlegging van het MAF-maximumbedrag en het moratorium op de wijkgezondheidscentra zullen ook rechtstreeks de zwaksten treffen. Dat moratorium komt echter niet aan bod in de beleidsnota van de minister: bergt de minister dat plan op?

De regering wekt bij de spreekster de transversale indruk dat zij de zwaksten laat vallen. Zij vergroot de ongelijkheden, ten eerste met de nieuw aangenomen derdebetalersregels voor chronisch zieken, ten tweede met de regels in verband met de maximumfactuur, ten derde door uitsluitend de patiënt verantwoordelijk te stellen voor de overconsumptie, ten vierde met het bovenvermelde moratorium en ten slotte met de volledige niet-indexering.

Dat de beleidsnota in dat geval aangeeft als zou de patiënt een centrale positie toebedeeld krijgen, is volgens de spreekster alleen maar een fout beleidsstandpunt. Het *empowerment* van de patiënt vooropstellen, lijkt dan wel een relevante doelstelling, maar houdt er geen rekening mee dat ervoor moet worden gezorgd dat die patiënt kan begrijpen wat er allemaal op het spel staat. Alleen op die manier is het mogelijk hem te responsabiliseren. In de beleidsnota wordt weliswaar het belang van de patiëntenvertegenwoordiging aangegeven, maar die vertegenwoordiging is niet in alle gezondheidszorginstanties gewaarborgd.

De beleidsnota kondigt voor 2017 een “*Health Status Report*” aan. Wanneer zal dat rapport rond zijn? Er moet nog een conceptueel raamwerk worden uitgewerkt in verband met de gezondheidsdoelstellingen. Kan de minister preciseren wat daaronder moet worden verstaan? De maatregelen in verband met medische beeldvorming zullen in overeenstemming met het Europees recht worden genomen. Binnen hoeveel tijd vallen initiatieven ter zake te verwachten? Zullen er sancties worden getroffen ten aanzien van wie de richtsnoeren niet in acht neemt?

Om een coherent beleid te ontwikkelen, is het noodzakelijk voor zichzelf doelstellingen vast te leggen en een tijdspad met concrete maatregelen uit te stippelen. In de preventieve gezondheidszorg volstaat het niet als doel voorop te stellen dat een en ander beter moet, maar dienen ook concrete maatregelen te worden genomen die het verbruik van tabaksproducten en alcoholmisbruik

prend l'exemple du Floxapen, où l'augmentation du prix est identique pour tous les patients, qu'ils bénéficient d'une intervention majorée ou non.

La limitation de l'indexation pour les médecins posera un sérieux problème pour les patients. En effet, ils subiront les effets néfastes des déconventionnements, qui sont la conséquence de l'opposition des prestataires de soins au cadre tracé. Le plafonnement du maximum à facturer touchera aussi directement les plus faibles, tout comme le moratoire sur les maisons médicales. Ce moratoire n'est toutefois pas abordé dans la note de politique générale: est-il abandonné par la ministre?

L'impression transversale de l'intervenante au sujet du gouvernement est qu'il abandonne les plus faibles. Il agrandit les inégalités, d'abord avec les nouvelles règles adoptées en matière de tiers payant pour les malades chroniques, puis avec celles afférentes au maximum à facturer, puis en prenant le patient pour seul responsable des surconsommations, puis encore avec le moratoire susvisé, puis enfin avec la non-indexation complète.

Indiquer alors dans un chapitre de la note de politique générale que le patient serait mis en position centrale n'est, pour le membre, qu'une posture politique erronée. Mettre en avant l'*empowerment* du patient constitue un objectif en apparence pertinent, mais qui ne tient pas compte de la nécessité de faire en sorte que le patient puisse comprendre l'ensemble des enjeux. Ainsi seulement il est possible de le responsabiliser. L'importance de la représentation des patients est certes affirmée dans la note, mais elle n'est pas garantie dans tous les organes des soins de santé.

La note annonce pour 2017 un “*Health Status Report*”. Quand ce rapport aboutira-t-il? Un cadre conceptuel doit encore être développé concernant les objectifs de santé. La ministre peut-elle préciser ce qu'il convient d'entendre par là? Les mesures en matière d'imagerie médicale seront prises conformément au droit européen. Dans combien de temps peut-on attendre des initiatives en la matière? Des sanctions seront-elles prises pour ceux qui ne respectent pas les lignes de conduite?

Pour développer une politique cohérente, il est nécessaire de se fixer des objectifs et de construire un échéancier de mesures concrètes. Dans les soins de santé préventifs, il ne suffit pas de se fixer l'objectif d'améliorer les choses, mais aussi concrètement prendre des mesures limitant la consommation de produits du tabac et réduisant la consommation abusive

terugdringen. Tevens moet worden voorkomen dat naar het voorbeeld van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg te werk wordt gegaan door volledige categorieën van gezondheidswerkers uit te sluiten. Hoe kan anders een raamwerk worden gewaarborgd dat de houdbaarheid van de gezondheidszorg waarborgt?

De toepassing van het "Aids-Plan" wordt aangekondigd overeenkomstig de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie. Het lid steunt een en ander, en hecht haar goedkeuring aan het overleg dat met de veldwerkers wordt gevoerd. Wordt overigens de terugbetaling van het hpv-vaccin voor mannen overwogen?

De verruimde terugbetaling inzake hepatitis C overeenkomstig de aanbevelingen van het Federaal expertisecentrum gezondheidszorg verheugt het lid. Het Expertisecentrum had beklemtoond dat het belangrijk is dat dit voor iedereen beschikbaar is. Wanneer zullen de aangekondigde maatregelen concreet vorm krijgen? Werden er voor de prijsverlaging denksproten uitgestippeld?

De maatregelen die de minister in verband met tabak en alcohol heeft aangekondigd, lijken de spreekster ruim onvoldoende. De spreekster herinnert aan het werk dat ter zake in commissie is verricht en herhaalt dat dien-aangaande aanmerkelijk doeltreffender maatregelen noodzakelijk zijn.

Aangaande de nieuwe wet betreffende de geestelijke gezondheidszorg moet de federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen een advies uitbrengen. Er moet overleg plaatsvinden met alle representatieve beroepsgroepen van de gehele sector, en niet alleen met die welke de minister heeft gekozen.

De gedemedicaliseerde *follow-up* van zwangerschappen is in de ogen van de spreekster een relevante maatregel. De vroedvrouwen daartoe stimuleren, is dat ook. Niettemin vestigt het lid er de aandacht op dat niet-essentiële echografieën (een markt die op dat vlak begint te ontstaan) moeten worden voorkomen. Voorts is een lange opleiding nodig opdat een vroedvrouw een echografie zou kunnen doen uitvoeren. Hoe valt de noodzakelijke, langdurige opleiding te verzoenen met de vaststelling dat in dat gezondheidszorgberoep een tekort heerst? *Quid* inzake de verantwoordelijkheden indien een echografie niet met de werkelijkheid strookt? Hoe zullen de vroedvrouwen moeten omgaan met eventueel vastgestelde misvormingen?

*
* *

d'alcool. Il faut aussi éviter de procéder à l'instar de la réforme des soins de santé mentale, en excluant des pans entiers de professionnels des soins. Comment sinon garantir un cadre garantissant la soutenabilité des soins de santé?

L'application du plan SIDA est annoncée, conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le membre le soutient et approuve la concertation menée avec le terrain. Le remboursement de la vaccination HPV pour les hommes est-il par ailleurs envisagé?

L'extension en matière de remboursement dans le domaine de l'hépatite C, conformément aux recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, réjouit le membre. Le Centre avait souligné l'importance d'une disponibilité pour tous. Quand les mesures annoncées seront-elles concrétisées? Des pistes ont-elles été tracées pour la réduction du prix?

Les mesures annoncées par la ministre en matière de tabac et d'alcool paraissent largement insuffisantes à l'intervenante. L'oratrice rappelle le travail mené en commission à cet égard et réitère la nécessité de mesures bien plus efficaces quant à ce.

En ce qui concerne la nouvelle loi en matière de soins de santé mentale, un avis du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale doit être rendu. Tous les groupes professionnels représentatifs du secteur dans son ensemble doivent faire l'objet d'une concertation, et non seulement ceux que la ministre a choisis.

Le suivi démedicalisé des grossesses est une mesure pertinente aux yeux du membre. Stimuler les sages-femmes en ce sens l'est également. Cependant le membre attire l'attention sur la nécessité d'éviter des échographies non essentielles, un marché commençant à naître dans ce domaine. D'autre part, une formation longue est nécessaire pour qu'une sage-femme puisse faire passer une échographie. Comment concilier la nécessaire formation longue avec le constat de pénurie dans cette profession des soins de santé? Quelles seront les responsabilités en cas d'échographie non conforme à la réalité? Comment les sages-femmes devront-elles gérer d'éventuelles malformations constatées?

*
* *

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) merkt op dat de minister beklemtoont dat bezuinigingen nodig zijn, maar dat – aldus nog de minister – de patiënt zoveel mogelijk zal worden gevrijwaard. Volgens de spreekster geldt een andere logica: de vrijwaring van de gezondheid staat voorop, dan pas zijn besparingen aan de orde. Ook andere leden illustreren met hun betoog dat de minister van invalshoek verandert.

De spreekster sluit zich bij andere leden aan in verband met de lineaire prijsstijging van antibiotica, die noodzakelijkerwijs de kwetsbaarste patiënten zal treffen. Om de voorschrijfgedragingen te veranderen, kondigt die minister tegen 2019 een bewustmakingscampagne ten behoeve van de patiënten aan, terwijl de prijzen omhoog gaan. Wel is het positief dat tot bezuinigingen wordt besloten omtrent een beperktere aanwending van medische beeldvorming. Toch worden ook echografieën te vaak uitgevoerd. Het ware mogelijk geweest verstrekkender maatregelen te nemen.

Algemeen gesproken moet de bijsturing van de ziekenhuisfinanciering plaatsvinden, net als de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die voorziet in de vervanging van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Er zijn heel wat voorbeelden van overconsumptie die met specifieke maatregelen zouden kunnen worden tegengegaan zonder dat die hervormingen worden gebruikt als voorwendsel om niet op te treden.

Hetzelfde geldt voor de keizersneden. Heeft de minister de aanbevelingen ter zake van het Federaal Expertisecentrum Gezondheidszorg geanalyseerd? Wordt die materie doorverwezen nadat de resultaten voorhanden zijn van de proefprojecten inzake de verkorte verblijfsduur in de kraamkliniek?

Om overconsumptie tegen te gaan, moeten de vaak nutteloze kaakoperaties bij kinderen worden aangepakt, evenals het overdreven gebruik van psychofarmaca, antidepressiva, cholesterolremmers (zij het op voorwaarde dat andere voedingsmaatregelen worden genomen) enzovoort. Therapeutische hardnekkigheid moet intensiever worden bestreden. Voorts zouden nog andere voorbeelden mogelijk zijn geweest.

Is over de gedeeltelijke niet-indexering een overeenkomst bereikt binnen het RIZIV-Verzekeringscomité? Is dat geen maatregel met een te beperkte draagwijdte, en zou niet de hele RIZIV-nomenclatuur moeten worden herzien? Dat zou een aanmerkelijk betere manier zijn om de strijd aan te binden met de ongelijkheden bij de bezoldiging van de handelingen van de zorgverstrekkers.

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) note que la ministre insiste sur la nécessité d'économies, mais qu'elle estime que le patient sera préservé au maximum. Pour le membre, la logique est différente: d'abord la préservation de la santé, puis l'économie. D'autres membres illustrent également dans leur intervention que la ministre change d'optique.

L'oratrice s'associe à d'autres membres concernant l'augmentation linéaire des antibiotiques, qui touchera nécessairement les patients les plus fragiles. En vue de changer les comportements de prescription, la ministre annonce une campagne de sensibilisation vers les patients à l'échéance 2019, alors que les prix augmentent. Par contre, il est positif que des économies soient décidées autour de la moindre utilisation de l'imagerie médicale. Toutefois, les échographies sont également trop souvent réalisées. Il aurait été possible d'aller plus loin.

De manière générale, la réforme du financement hospitalier doit avoir lieu, tout comme la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Nombreux sont les exemples de surconsommations qui pourraient être combattues par des mesures ponctuelles sans que ces réformes ne soient utilisées comme prétexte pour ne pas agir.

Ainsi en va-t-il des césariennes. La ministre a-t-elle analysé les recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé en la matière? Cette matière est-elle renvoyée après les résultats des projets-pilotes en matière de durée de séjour raccourcie en maternités?

Pour lutter contre la surconsommation, il convient de s'attaquer aux opérations des mâchoires des enfants, souvent inutiles, à l'utilisation excessive des substances psychopharmaceutiques, des antidépresseurs, des substances pharmaceutiques visant à lutter contre le cholestérol si d'autres mesures nutritionnelles sont prises, etc. La lutte contre l'acharnement thérapeutique doit être intensifiée. D'autres exemples auraient pu être donnés.

La non-indexation partielle fait-elle l'objet d'un accord en Comité de l'assurance de l'INAMI? Ne s'agit-il pas d'une mesure dont la portée est trop limitée, et ne faudrait-il pas revoir l'ensemble de la nomenclature INAMI? Il s'agirait d'une bien meilleure manière de lutter contre les inégalités rencontrées dans la rémunération des actes des prestataires de soins.

Welk tijdpad geldt er in verband met de patiëntenrechten voor de door de minister geplande maatregelen? Overweegt zij werk te maken van het raadplegingsrecht, het recht een afschrift te verkrijgen enzovoort? Hoe staat het verder met het elektronisch medisch dossier?

De gezondheidsdoelstellingen vereisen dat het Federaal Expertisecentrum Gezondheidszorg eerst een methodologisch raamwerk omschrijft. Het lid constateert dat dit raamwerk al te lang wordt aangekondigd. Er bestaan doelstellingen in verband met suikerverbruik of (in beperktere mate) aangaande tabaksverbruik. Die doelstellingen moeten op een *evidence based medicine* berusten.

De minister wil de toegankelijkheid van de zorg voor de kwetsbaarste zwangere vrouwen verbeteren met een proefproject. Het lid verzoekt om nadere toelichtingen over wat de minister dienaangaande van plan is. Is tot een welbepaalde gezondheidsdoelstelling besloten?

De spreekster en haar fractie hechten groot belang aan de verhouding tussen gezondheid en milieu: productnormen, glysofaat, endocriene verstoorders enzovoort. Het is positief dat de minister aangeeft dat die verhouding in 2017 zal worden geanalyseerd. Bij haar weten is het de eerste maal dat een dergelijke aankondiging wordt gedaan. Welke middelen zullen daarvoor echter worden uitgetrokken? Voorts vindt de spreekster dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in haar dossiers te vaak verwijst naar haar ambtsgenoten die bevoegd zijn voor Milieu of voor de Veiligheid van de Voedselketen, of nog naar Europa of naar de deelstaten.

De spreekster vindt het goed dat de zorgkundigen betrokken worden bij de oprichting van het forensisch-psychiatrisch centrum. Ze denkt echter dat de personeelsnormen niet zullen volstaan om alle taken te kunnen uitoefenen.

De uitvoeringsbesluiten voor de terugbetaling van de eerstelijnspsychologen zouden niet klaar zijn voor eind 2017. Betekent dit dat er geen enkele terugbetaling gegarandeerd is voor 2017?

Er moet een statuut voor artsen in opleiding worden gevonden, ongeacht of ze specialisten zijn of niet. Een wetsvoorstel, dat onder andere door het lid werd ingediend, schetst een juridisch kader dat het onderscheid maakt tussen de stagemeester en de werkgever. Het pensioen zou volledig moeten worden toegekend. De minister vermeldde vijf denkpistes. Heeft ze nog in te winnen adviezen ontvangen en hoe evolueert haar inschatting van een en ander?

En ce qui concerne les droits des patients, quel est l'échéancier des mesures envisagées par la ministre? Envisage-t-elle de traiter le droit de consultation, le droit d'obtenir une copie, etc., et qu'en est-il du dossier médical électronique?

Les objectifs de santé nécessitent que soit d'abord défini d'un cadre méthodologique par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Le membre constate que ce cadre est déjà annoncé depuis trop longtemps. Des objectifs existent en ce qui concerne la consommation de sucre ou (de manière trop limitée) de produits de tabac. Ces objectifs doivent reposer sur une médecine fondée sur les preuves.

La ministre veut améliorer l'accessibilité aux soins des femmes enceintes les plus fragiles par un projet-pilote. Le membre demande plus de précisions sur les intentions de la ministre en cette matière. Un objectif de santé déterminé a-t-il été décidé?

L'oratrice et son groupe attachent une grande importance à la relation entre la santé et l'environnement: normes de produit, glyphosate, perturbateurs endocriniens, etc. Il est positif que la ministre indique que la relation sera analysée en 2017. C'est la première fois à la connaissance du membre qu'une telle annonce est formulée. Cependant, quels sont les moyens libérés à cet effet? L'oratrice estime par ailleurs que trop souvent, la ministre de la Santé publique renvoie à ses homologues en charge de l'Environnement ou de la Sécurité de la Chaîne alimentaire dans ces dossiers, ou encore à l'Europe ou aux entités fédérées.

L'intervenante approuve que le Centre médicolégal soit institué en y associant des aides-soignants. Elle n'est toutefois pas d'avis que les normes de personnel suffiraient pour prendre en charge l'ensemble des missions.

Le remboursement des psychologues de première ligne prendrait encore toute l'année 2017 avant que les arrêtés d'exécution soient prêts. Aucun remboursement n'est donc garanti pour 2017?

Un statut pour les médecins en formation, spécialistes ou généralistes, doit être trouvé. Une proposition de loi, déposée entre autres par le membre, vise à tracer un cadre juridique effectuant une distinction entre le maître de stage et l'employeur. Une pension complète devrait être accordée. La ministre avait évoqué cinq pistes de réflexion. La ministre a-t-elle reçu les avis qu'elle devait encore prendre et quel est l'état des réflexions de la ministre?

Terreinwerkers zijn bijzonder bezorgd over het statuut van de “*Health Care Assistant*”. Sneuvelt de “hbo5-opleiding”? Verliezen de betrokkenen hun graad van zorgkundigen? Zijn dit onderscheiden beroepen?

De spreekster vindt het relevant om de medicalisering in de perinatale zorg te doen dalen. De minister wil functionele echografieën. Door een andere gezondheidsprofessional daarmee te belasten, neemt men echter niet het risico weg dat de opdracht onverminderd wordt uitgevoerd door de vorige professional die ermee belast was, met name de gynaecoloog. Er moet een subsidiariteitsbeginsel worden gegarandeerd: hoe zal de minister dit aanpakken?

De spreekster keurt het onderscheid goed tussen de laagvariabele zorg, waarvoor het forfaitaire principe wordt gehandhaafd, en de andere zorg. Dit onderscheid moet een concrete invulling krijgen. Een invulling via proefprojecten voor kortverblijf in kraamklinieken zou bijvoorbeeld relevant zijn.

Mevrouw Dedry vraagt meer uitleg over de plannen inzake voeding en gezondheid van de minister.

Er werd al heel veel gediscuteerd over tabak en alcohol. De maatregelen van de minister beantwoorden niet aan de evidence based geneeskunde en moedigen geen gedragswijziging aan.

De hervorming van de ziekenfondsen wordt rond vijf krachtlijnen georganiseerd, die de spreekster nogal vaag vindt. De minister zou de aanvullende verzekering meer willen voorbehouden aan interventies die beantwoorden aan de evidence based geneeskunde. Kan de minister verduidelijken wat ze op dit vlak wil hervormen?

Wat de begroting betreft, benadrukt de spreekster dat voldoende middelen moeten worden uitgetrokken om aan concrete behoeften te voldoen. Er zijn middelen nodig om de vergrijzing het hoofd te bieden. Daar is politieke ambitie voor nodig, zoals het Federaal Planbureau trouwens ook aangeeft.

De onderdelen 51/2 en 51/6 worden niet vermeld in de toelichting van het hier geanalyseerde deel van de begroting (DOC 54 2110/017). Waarom niet?

De meeste stijgingen in de begrotingsposten worden verklaard door het hogere aantal controles of de digitalisering. Dit verontrust de spreekster, die van oordeel is

Sur le terrain s'expriment des préoccupations vives concernant le statut du “*Health Care Assistant*”. L'objectif de la ministre consiste-t-il à viser les “HBO5”? Cessent-ils d'avoir le grade d'aides-soignants? S'agit-il de professions distinctes?

La démedicalisation des soins périnataux est un objectif pertinent pour l'intervenante. La ministre vise les échographies fonctionnelles. Le risque est toutefois qu'en donnant une nouvelle mission à un professionnel des soins de santé, le professionnel précédent qui s'en chargeait, à savoir le gynécologue, continue à réaliser la même mission. Un principe de subsidiarité doit être garanti: comment la ministre s'y prendra-t-elle?

L'oratrice approuve la distinction entre les soins à faible variation, où le principe forfaitaire est retenu, et les autres soins. Cette distinction doit trouver une traduction concrète. Il serait opportun de la réaliser, par exemple, dans les projets-pilotes de durée de séjour limitée en maternité.

De plus amples explications sont demandées par Mme Dedry pour les plans de la ministre en ce qui concerne la nutrition et la santé.

En ce qui concerne le tabac et l'alcool, de nombreuses discussions ont déjà eu lieu. Les mesures de la ministre ne sont pas conformes à la médecine fondée sur les preuves et n'incitent guère à un changement des comportements.

La réforme des mutuelles s'organise autour de cinq lignes de force. Celles-ci sont cependant assez vagues aux yeux de l'oratrice. L'assurance complémentaire devrait pour la ministre être plus réservée à des interventions conformées à la médecine fondée sur les preuves. La ministre peut-elle préciser ce qu'elle entend réformer en la matière?

En ce qui concerne le budget, l'intervenante souligne qu'il faut répondre à des besoins concrets par des moyens suffisants. Le vieillissement nécessite des moyens pour l'affronter. L'ambition politique doit exister dans ce sens, comme l'indique d'ailleurs aussi le Bureau fédéral du Plan.

La justification afférente à la partie du budget analysée (DOC 54 2110/017) ne comprend nulle mention des parties 51/2 et 51/6. Quelle en est la raison?

La plupart des augmentations dans les postes budgétaires s'expliquent par une intensification des contrôles ou par la digitalisation. L'intervenante s'en inquiète car

dat de kwaliteit van de gezondheidszorg andere stijgingen behoeft dan die van het aantal controles.

In de toelichting van de begroting staat: “Creatie van een uniek, federaal, onafhankelijk Ethisch College in het kader van de implementatie van de EU-verordening 536/2014 over klinische proeven. Het College zal verantwoordelijk zijn voor de beoordeling van de voorgestelde klinische proeven (CTA’s) (interventionele commerciële en niet-commerciële studies), in samenwerking met het FAGG.” (DOC 54 2110/017, blz. 38). Het lid benadrukt dat Europa nooit een dergelijke vraag heeft geformuleerd en hoopt een en ander niet te moeten zien als de invloed van een drukingsgroep.

Het budget voor de rechten van de patiënt daalt lichtjes, terwijl de spreker vindt dat hier net méér middelen nodig zijn. De wet wordt niet steeds overall correct toegepast. Voorlichting en sensibilisering moeten toenemen en de functie van de ombudsman moet meer om het lijf hebben.

De hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen moet worden gerealiseerd. Waaruit bestaan de middelen die het budget voorziet voor de promotie van *Evidence Based Practice*? Hoe definieert de minister dit concept hier?

Er worden indicatoren gegeven voor de toenemende controles en in het bijzonder het risico van absentisme. Fraude moet natuurlijk worden bestreden, maar men moet de mensen wel in staat stellen te werken. De visie van de regering blijft negatief.

Waarmee stemmen de sommen “Studie *fédération des Maisons Médicales* (FMM) (€ 98 000)” (DOC 54 2110/017, blz. 133) overeen? Is dit de door de minister aangekondigde audit?

De spreker vraagt meer uitleg bij het volgende stuk uit de toelichting: “In 2016 ontstaat er een transfer uit het RIZIV voor het dekken van de kosten van het FAGG voortvloeiend uit het Toekomstpact geneesmiddelen. In 2017 zullen de inkomsten stijgen om de teams van het FAGG te versterken. In 2017 wordt de bepaling van de wet “bioplatform”, die toestaat om de financiële reserves van het FAGG te benutten, niet langer in de begroting 2017 opgenomen. Het totale bedrag van de inkomsten wordt verlaagd met € 2 242 000 (bedrag voorkomend in artikel 34 van de wet van 30 juli 2013 “houdende diverse bepalingen”). Dit heeft geen invloed op het mechanisme van de wet vooruitziend op hogere inkomsten/uitgaven dan in de begroting bepaald, na goedkeuring door de minister van Begroting.” (DOC 54 2110/017, blz. 165).

la qualité des soins nécessite d’autres augmentations que celles des contrôles.

La justification du budget indique: “Création d’un collège éthique unique, fédéral et indépendant pour l’implémentation de la directive européenne 536/2014 sur les essais cliniques. Le collège sera responsable de l’examen des essais cliniques (CTAs) proposés (études interventionnelles commerciales et non commerciales), en collaboration avec l’AFMPS.” (DOC 54 2110/017, p. 38). Le membre souligne que l’Europe n’a jamais formulé une demande en tel sens et espère ne pas devoir y voir l’influence d’un groupe de pression.

Le budget est légèrement réduit en ce qui concerne les droits des patients, alors que l’oratrice estime qu’il aurait fallu plus de moyens en la matière. La loi n’est toujours pas appliquée correctement partout. L’information et la sensibilisation doivent être accrues, et il faut donner plus de corps à la fonction de médiateur.

La réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé doit être concrétisée. En quoi consistent les moyens inscrits dans le budget pour la promotion *evidence-based*? Quelle définition est-elle donnée à ce concept par la ministre ici?

Des indicateurs sont donnés pour l’accroissement des contrôles et spécialement le risque d’absentisme. La fraude doit certes être combattue, mais il convient aussi de rendre le travail faisable. La vision du gouvernement reste négative.

À quoi correspondent les sommes “Etude *fédération des Maisons Médicales* (FMM) (€ 98 000)” (DOC 54 2110/017, p. 133)? S’agit-il de l’audit annoncé par la ministre?

L’intervenante demande plus d’explications sur le passage suivant de la justification: “En 2016, apparaît un transfert de l’INAMI pour couverture des coûts AFMPS suite au Plan d’avenir médicaments. En 2017, la recette augmentera afin de renforcer les équipes AFMPS. En 2017, la disposition de la loi “plateforme-bio” permettant d’utiliser les réserves financières de l’AFMPS n’est plus reprise au budget 2017. Le montant global des recettes est diminué de 2 242 000 € (montant figurant à l’article 34 de la loi du 30 juillet 2013 “portant des dispositions diverses”). Ceci n’impacte pas le mécanisme de la loi prévoyant des recettes / dépenses supérieures au budget, après approbation du ministre du Budget.” (DOC 54 2110/017, p. 165).

Wat de niet-limitatieve budgetten betreft, dringt de minister erop aan dat het totale budget niet mag worden overschreden. Het lid ziet dit als een ongeoorloofde beperking van de parlementaire controlebevoegdheden.

*
* *

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) staat eerst stil bij het macroniveau en de algemene politieke begrotingsbeslissingen. Het verbaast haar dat de minister een deel van haar begrotingsbeslissingen rechtvaardigt met buitengewone omstandigheden zoals de ebolacrisis en de terroristische aanslagen. Wat is de reële impact van beide buitengewone omstandigheden op de begroting? Welk percentage van het Belgisch bruto binnenlands product vertegenwoordigen deze twee elementen?

Het regeerakkoord schetste een meerjarencader, waarin de groeinorm werd vastgelegd op 1,5 % per jaar. Het Federaal Planbureau raamt de behoeften in 2017 op een bedrag dat een groeinorm van 2,2 % vereist. De keuze van de groeinorm van 0,5 % is niet onschuldig, vooral omdat de gezondheidssector moeilijke tijden doormaakt ten gevolge van de inspanningen van meer dan 2 miljard euro die de afgelopen twee jaar al werden gedaan.

De begroting vertaalt politieke keuzes en is het resultaat van overleg. Een jaarcongres van de belangrijkste Vlaamse meerderheidspartij op het einde van de zomer volstond om op het budget van de sociale zekerheid te besparen. Hoewel de minister eerst niet leek te willen weten van al te verregaande besparingen in de gezondheidszorg, komt ze terug op haar standpunt en laat haar overtuigingen varen. Wat is ondertussen gebeurd? Wie heeft het budget onderhandeld? Dringt de regering haar deze besparingen op? Heeft de minister weerwerk geboden?

Er werden nochtans zeer uitgesproken overtuigingen uiteengezet. De minister had verzekerd dat nieuwe besparingen het systeem teniet zouden doen. Voortgaan op de door de regering opgelegde weg is voor de minister een heuse zelfverloochening. Als een vice-eersteminister een parallel trekt tussen gezondheidszorg en de aankoop van een krant om het behoud van een remgeld te rechtvaardigen, wordt de door de regering gekozen optiek onthuld. De gezondheid wordt een louter middel om een begrotingstekort weg te werken.

Gelijktijdig daarmee lijkt de minister ambitie te ontberen in verschillende zorgdomeinen, en meer bepaald inzake tabak en alcohol. De wetenschap en de *evidence based medicine* worden gemanipuleerd in een

Enfin, en ce qui concerne les budgets non-limitatifs, la ministre insiste sur le fait que le budget global ne peut être excédé. Le membre y voit une limitation indue des pouvoirs parlementaires de contrôle.

*
* *

Mme Catherine Fonck (cdH) s'arrête d'abord au niveau macro et aux décisions politiques budgétaires globales. Elle s'étonne d'entendre la ministre justifier une partie de ses décisions budgétaires par des circonstances exceptionnelles, à savoir la crise Ebola et les attentats terroristes. Quel est l'impact réel de ces deux circonstances exceptionnelles sur le budget? Quel pourcentage du produit intérieur brut belge ces deux éléments représentent-ils?

L'accord de gouvernement traçait un cadre pluriannuel, où la norme de croissance était fixée à 1,5 % par an. Le Bureau fédéral du Plan estime les besoins en 2017 à un montant nécessitant une norme de croissance de 2,2 %. Le choix de ne retenir que 0,5 % n'est pas anodin, d'autant plus que le secteur de la santé fait face à des circonstances difficiles, conséquences des plus de 2 milliards d'euros d'efforts déjà consentis ces deux dernières années.

Le budget traduit des choix politiques et est le fruit d'une négociation. Il a suffi d'un congrès annuel tenu à la fin l'été par le principal parti flamand de la majorité pour s'engager dans la voie des coupes sombres dans le budget de la sécurité sociale. Alors que dans un premier temps la ministre semblait vouloir limiter les coupes budgétaires en matière de santé, elle revient sur cette position et abandonne ses convictions. Qu'est-il survenu entre-temps? Qui a négocié ce budget? Le gouvernement lui a-t-il imposé ces économies? La ministre s'y est-elle opposée?

Des convictions bien tranchées étaient pourtant exposées. La ministre avait assuré que de nouvelles coupes budgétaires allaient mettre le système à néant. Continuer dans la voie dictée par le gouvernement représente pour la ministre un authentique renoncement. Lorsqu'un vice-premier ministre trace un parallèle entre les soins de santé et l'achat d'un journal, pour justifier le maintien d'un ticket modérateur, l'optique retenue par le gouvernement est révélée. La santé devient le simple outil au service du rebouchage d'un trou budgétaire.

Parallèlement, la ministre semble manquer d'ambition dans différents domaines des soins de santé, et singulièrement ceux du tabac et de l'alcool. La science et la médecine fondée sur les preuves sont manipulées dans

zin die haaks staat op de volksgezondheid, uitsluitend ten behoeve van de pressiegroepen.

Andere uitdagingen komen evenmin aan bod. Patiënten wachten veel te lang op een terugbetaling van geneesmiddelen voor een innoverende therapie, van specialités of van geneeskundige technieken die in de buurlanden nochtans al beschikbaar zijn. Of het nu om hepatitis C, geïndividualiseerde geneeskunde, palliatieve zorg, mantelzorg, vergrijzing of de bocht naar de ambulante verzorging gaat, de gezondheidszorg heeft geen beleid op basis van breuken nodig, maar heeft wel nood aan hervormingen waarbij de verspillingen worden bestreden en waarbij investeringen worden gedaan telkens als dat de patiënt ten goede komt. Loutere boekhoudkundige maatregelen zouden niet langer aanvaardbaar mogen zijn.

Het klopt dat in het domein van de medische beeldvorming ernstige problemen blijven bestaan. Scanners worden dubbel gedaan omdat de resonantie niet onmiddellijk beschikbaar is. Er zou veeleer moeten worden gezorgd voor een systeem waarbij de resonantie vlugger beschikbaar is. Zo zouden scanneronderzoeken worden vermeden en zou de strijd tegen de niet-onontbeerlijke bestralingen worden voortgezet.

Voorts kan het lid het niet eens zijn met een visie die erin zouden bestaan zich te beperken tot bepaalde soorten van medische consumptie in een vergelijking tussen de gewesten. Over de regionale verschillen zijn kaarten beschikbaar. In feite geven de vergelijkingen, afhankelijk van het gebruikte criterium, zeer uiteenliggende resultaten wat de medische consumptie in, respectievelijk, het noorden en het zuiden van het land betreft. Op die basis een gewest met de vinger wijzen is dus misleidend.

Naargelang van het belang van wie de vergelijking maakt, worden andere bedrieglijke vergelijking naar voren geschoven. Zo tonen de cijfers van de OESO aan dat België zich in 2015 in de middenmoot bevindt wat het percentage van het bbp betreft. De gemiddelde verblijfsduur in de kraamafdeling apart nemen, betekent niet veel als met niet ook opmerkt dat ook de verblijfsduur een aspect is. Maar de minister heeft het bijvoorbeeld nooit over de gemiddelde totale verblijfsduur voor de acute zorg, die in België korter is dan het gemiddelde in de OESO.

Tal van beslissingen treffen rechtstreeks de patiënt, ondanks wat de minister heeft beweerd.

Dat geldt voor de geneesmiddelen. Sommige worden voorgeschreven in de indicaties zoals pneumonie waarvoor de kiemen resistent zijn. Die geneesmiddelen

un sens contraire à la santé publique, au seul profit de groupes de pression.

D'autres enjeux ne sont pas non plus rencontrés. Des patients doivent attendre bien trop longtemps le droit à un remboursement pour des médicaments de thérapie innovante, des spécialités pharmaceutiques ou des techniques médicales pourtant déjà disponibles dans des États limitrophes. Qu'il s'agisse de l'hépatite C, de la médecine personnalisée, des soins palliatifs, des aidants proches, du vieillissement de la population ou du virage ambulatoire, le domaine des soins de santé a besoin non pas d'une politique à base de cassures, mais de réformes où les gaspillages sont combattus et où des investissements sont consentis chaque fois où c'est au profit du patient. De simples mesures comparables ne sauraient plus être admises.

Ainsi, dans le domaine de l'imagerie médicale, il est exact que de sérieux problèmes persistent. Des scanners sont doublés parce que la résonance n'est pas disponible immédiatement. Il conviendrait plutôt alors d'organiser un système où la résonance est disponible plus rapidement. Des scanners seraient ainsi évités et la lutte contre les radiations non indispensables serait poursuivie.

Par ailleurs, le membre ne peut accepter une vision qui consisterait à ne s'arrêter qu'à certains types de consommation médicale dans une comparaison entre les Régions du pays. Des cartes existent sur les différences régionales. En réalité, en fonction du critère utilisé, les comparaisons montrent des résultats très différents dans la consommation médicale entre le Nord et le Sud du pays. La mise en cause de la responsabilité d'une Région déterminée sur cette base est donc fallacieuse.

D'autres comparaisons fallacieuses sont également mises en avant selon l'intérêt de celui qui y procède. Les chiffres de l'OCDE démontrent ainsi que la Belgique se situe en 2015 dans la moyenne en termes du pourcentage du produit intérieur brut. Prendre isolément la durée moyenne de séjour en maternité ne signifie pas grand-chose sans noter aussi que la durée de séjour est un élément. Mais la Ministre, par exemple, n'évoque jamais la durée moyenne totale de séjour pour les soins aigus qui est plus courte en Belgique que la moyenne de l'OCDE.

Toute une série de décisions touchent directement le patient, malgré les affirmations de la ministre.

Ainsi en va-t-il des médicaments. Certains sont prescrits dans des indications comme la pneumonie pour lesquelles les germes sont résistants. Ces médicaments

zijn duur. De weerslag op de patiënt is aanzienlijk. Drie specialismen zijn bijzonder duur: geneesmiddelen voor chronische hartinsufficiëntie, antihypertensiva en de behandeling van osteoporose. De prijs loopt op tot 100 euro.

Voor de protonpomp-inhibitoren (PPI) heeft de minister beslist een en ander aan te passen. Het klopt dat ppi's van 50 à 60 tabletten, die niet meer werden terugbetaald, een groot probleem deden rijzen voor de chronische patiënten. Enige pressie door de oppositie is evenwel nodig geweest opdat die slechte maatregel werd geschrapt.

De voormelde vaststellingen gelden ook voor de via de neus ingenomen corticosteroïden. Voor sommige patiënten is dat een zeer belangrijke indicatie. De door de minister besliste overstap naar de vrije verkoop gaf aanleiding tot een volledige stopzetting van de terugbetaling. Het heeft veel moeite gekost om terug te komen tot een geneeskunde die echt op bewijzen berust. De vrije verkoop van die behandeling doet een ernstig knelpunt rijzen, gelet op de niet te verwaarlozen neveneffecten bij onaangepaste inname van die geneesmiddelen.

De spreekster verwijst nog naar de wijzigingen inzake terugbetaling voor farmaceutische stoffen terwijl de indicatie belangrijk is. Een nieuw terugbetaald geneesmiddel is vitaal voor de astmapatiënten en meer bepaald voor jonge multiresistente kinderen, ernstig zieken, aan wie men hoopt geen cortisone meer te moeten toedienen (cortisone-afhankelijk). In een echt op bewijzen berustende geneeskunde wordt geen enkele reden gevonden. Om welke concrete redenen worden die wijzigingen doorgevoerd?

De voor sommige geneesmiddelen besliste overgang van categorie B naar categorie C is goed voor een verschil van 20 % in de aan de patiënt aangerekende prijs.

Ook de verandering voor de actieve verbandmiddelen is opmerkelijk: ze werden eerst ten laste genomen door het RIZIV, zijn vervolgens overgeheveld naar deel B2 van de financiële-middelenbegroting van de ziekenhuizen en het ziet ernaar uit dat hier alles verdwijnt. Zal het RIZIV ze opnieuw terugbetalen? De betrokken patiënten worden zwaar getroffen (zweren bij chronische patiënten, vasculair of voor andere ziekten zoals diabetes)?

De veranderende terugbetalingsregels gelden ook voor sommige soorten lumbale infiltraties bij hernia.

Voorts werd echter beslist het in aanmerking komende bedrag in verband met de maximumfactuur te

sont chers. L'impact sur le patient est important. Trois spécialités ont un coût particulièrement élevé: insuffisance cardiaque chronique, anti-hypertenseur et traitement de l'ostéoporose. Le coût va jusque 100 euros.

Pour les inhibiteurs de pompe à protons (IPP), la ministre a décidé de moduler les choses. Il est vrai que les IPP de 50 à 60 comprimés, qui n'étaient plus remboursés, posaient un sérieux problème pour les patients chroniques. Il a par contre fallu une certaine pression de l'opposition pour supprimer cette mauvaise mesure.

Les constats précités valent aussi pour les corticostéroïdes par voie nasale. Pour un certain nombre de patients, il s'agit d'une indication majeure. Le passage en vente libre décidé par la ministre donnait lieu à un déremboursement complet. Il a fallu un long combat pour revenir à une médecine réellement fondée sur les preuves. La vente libre de ce traitement pose un sérieux problème compte tenu des effets secondaires non négligeables en cas de prise inadaptée de ces médicaments.

L'oratrice cite encore des modifications de remboursement pour des substances pharmaceutiques alors que l'indication est majeure. Un médicament nouvellement remboursé est vital pour les patients asthmatiques, et singulièrement chez de jeunes enfants multirésistants, sévèrement malades, qu'on espère ne plus placer sous cortisone (corticodépendants). Aucune raison n'est trouvée dans une vraie médecine fondée sur les preuves. Pour quelles raisons concrètes ces modifications ont-elles été opérées?

Le passage de la catégorie B à la catégorie C, décidé pour certains médicaments, représente un différentiel de 20 % dans le prix facturé au patient.

Le changement pour les pansements actifs est aussi notable: d'abord ils étaient pris en charge par l'INAMI, puis ils sont passés dans la partie B2 du budget des moyens financiers des hôpitaux, et ici tout semble disparaître. Seront-ils à nouveau remboursés par l'INAMI? Les patients concernés sont sévèrement atteints (ulcères de patients chroniques, vasculaires ou pour d'autres pathologies comme les diabétiques)?

Certains types d'infiltrations lombaires en cas de hernie discale sont également touchées par les modifications des règles de remboursement.

Par contre, au niveau du maximum à facturer, il est décidé aujourd'hui de l'indexer, même pour les plus

indexeren, ook ten opzichte van de meest kwetsbaren en de patiënten met de meest ernstige chronische aandoeningen; alle categorieën MAF worden immers getroffen. In België komt gemiddeld 25 % van de kosten voor gezondheidszorg ten laste van de patiënt. Een vergelijking met andere Europese landen toont aan dat België zich niet in de koppositie bevindt.

In verband met de niet-indexering van de lonen in de gezondheidszorg vraagt de spreker om een gedetailleerde uitsplitsing van de praktische gevolgen van die maatregel, per categorie van de gezondheidszorgverleners. Een dergelijke maatregel raakt iedereen, ook wie werkt in de eerstelijnszorg; de verpleegkundigen die aan thuiszorg doen, hebben te maken met een verschil van 7 à 8 % tussen wat het RIZIV betaalt en de werkelijke kosten. In 2016 werd in hun nadeel aldus 10,4 miljoen euro geschrapt. Die maatregel heeft ook gevolgen voor de vroedvrouwen, ofschoon dat beroep steeds meer een cruciale plaats inneemt in de zorg, ingevolge de gewijzigde zorgvormen en het belang van voortgezette zorg; ook de vergrijzing in het beroep speelt een rol. Zelfs in die sector legt de regering bezuinigingen op.

De minister is van plan apothekers een meer hedendaagse taakinvulling te geven: zij zouden directer betrokken worden in het zorgcircuit en diepgaander met de patiënt samenwerken, op basis van *evidence based medicine*. De minister handelt echter helemaal anders dan ze aangeeft te zullen doen, want de specifieke apothekershonoraria worden geschrapt. Wil men ter zake een moderne aanpak, dan is ondersteuning van deze zorgverleners echter heel belangrijk. Patiënten begeleiden dient te worden gestimuleerd, en dat vergt tijd. 8 % van de kosten van de gezondheidszorg is te wijten aan foute *compliance*, met andere woorden slechte naleving van de zorgrichtlijnen. De apotheker is een belangrijke speler om de situatie te verbeteren.

Kort voor de herfstvakantie verklaarde de minister aan de apothekers dat over de voorgestelde maatregelen een nieuwe onderhandelingsronde mogelijk was. De spreker stelt evenwel vast dat met het ontwerp van programmawet, dat ze kon inkijken, niets wordt gewijzigd aan het uitgangspunt van de regering. De regering blijft dus bij de schrapping van die middelen. Wat wel nog kan, is dat de zaak wordt bijgestuurd bij de tweede lezing in de Ministerraad. Alleen op die manier is er zekerheid dat overleg plaatsvindt en wordt voorkomen dat het vertrouwen definitief weg is.

De aanhoudende onderfinanciering van de ziekenhuizen wordt nog altijd ten dele opgevangen door de honorariasupplementen die worden aangerekend. Er zijn evenwel regionale verschillen in doorstorting. Mochten de desbetreffende overeenkomsten op de

fragiles et les patients chroniques les plus sévères: toutes les catégories de MAF sont en effet touchées. Or, en Belgique, le patient paie en moyenne 25 % du coût des soins de santé de sa propre poche. Une comparaison avec d'autres États européens n'indique pas que la Belgique se trouverait dans une bonne position.

En ce qui concerne les professionnels de la santé, l'oratrice demande une ventilation détaillée pour chaque catégorie des conséquences concrètes de la non-indexation des salaires. Une telle mesure touche tout le monde, y compris la première ligne, alors que pour les infirmières à domicile vaut un écart de 7 à 8 % entre l'intervention de l'INAMI et les coûts réels. Pour 2016, 10,4 millions d'euros sont ainsi supprimés à leur désavantage. Les sages-femmes sont également visées, alors que le virage ambulatoire, l'enjeu de la chronicité des soins et le vieillissement de la population font de cette profession l'objet d'un enjeu stratégique. Même là pourtant, le gouvernement impose un tour de vis.

La ministre entend conférer aux pharmaciens un rôle plus moderne. Dans cette mission, le pharmacien aurait été impliqué plus directement et sa participation aurait été plus effective auprès du patient, sur la base d'une médecine fondée sur les preuves. La ministre procède cependant à l'inverse de ce qu'elle déclare. L'honoraire spécifique des pharmaciens est en effet supprimé. Or, le soutien à ces prestataires est essentiel dans une optique de modernité. Leur rôle d'encadrement du patient devrait être stimulé. Ce rôle demande du temps. 8 % du coût des soins de santé sont dus à une mauvaise "compliance", un mauvais respect des directives en matière de soins. Un levier essentiel pour améliorer la situation est le pharmacien.

Avant les vacances de Toussaint, la ministre avait indiqué aux pharmaciens qu'une nouvelle négociation pouvait avoir lieu sur les mesures envisagées. Cependant, l'oratrice constate que l'avant-projet de loi-programme, qu'elle a pu obtenir, ne contient pas de modification du cap tracé par le gouvernement. La suppression est donc programmée. La seconde lecture en Conseil des ministres peut certes encore infléchir ce pas. Ce serait la seule manière de garantir l'effectivité de la concertation et d'éviter la rupture définitive de la confiance.

Les suppléments d'honoraires en milieu hospitalier continuent encore aujourd'hui à couvrir le sous-financement chronique des établissements hospitaliers. Des rétrocessions différentes sont toutefois constatées selon les Régions. Une remise en cause d'accords en

helling worden gezet, dan zou zulks het vertrouwen schaden dat de gezondheidszorgverleners moeten kunnen hebben in een regering.

In verband met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering heeft de minister planning en overleg aangekondigd. We zijn een begrotingsconclaaf verder, en de situatie is veranderd; de manier waarop zou worden overlegd, ziet er helemaal anders uit. Het zou echter passend zijn geweest om met de deelstaten te overleggen alvorens tijdens het begrotingsconclaaf beslissingen te nemen. Er werd beslist op de ziekenhuizen 92 miljoen euro te bezuinigen, zelfs niet op het volledige begrotingsjaar 2017. Voor 2018 betekent dit 126 miljoen euro minder.

De minister blijft erbij dat niemand nadeel ondervindt van minder bedden in de ziekenhuizen. De hervorming van de ziekenhuissector wordt als één geheel beschouwd. Het tijdpad voorziet erin dat de hervorming in 2018 in werking treedt; de nieuwe regels moeten derhalve medio 2017 duidelijk worden. De uitgespaarde miljoenen euro die worden vooropgesteld zijn niet het gevolg van de hervorming, maar van de maatregelen om in de begroting financiële middelen weg te snijden. De ziekenhuizen, die thans hun eigen begroting 2017 uittekenen, stellen vast dat ze fors zullen moeten bezuinigen, naast de aanzienlijke structurele onderfinanciering die ze ondergaan. Dat alles zal invloed hebben op de werkgelegenheid en uiteindelijk ook op de kwaliteit van de zorg.

Bovendien mogen de ziekenhuizen niet voorbijgaan aan de bepalingen die zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 2 mei 1995 inzake moederschapsbescherming. Bepaalde functies, ook in de ziekenhuizen, mogen niet door zwangere vrouwen worden uitgeoefend. Op zich heeft die bepaling zin, want die regel beschermt zwangere vrouwen. De meeste ziekenhuizen proberen zwangere zorgverleners dus een andere taak te geven, bijvoorbeeld louter administratief werk.

Onder het verplegend personeel zijn heel veel vrouwen. Zelfs in grote ziekenhuizen is het niet altijd mogelijk om alle zwangere zorgverleners een andere taakinfilling te geven. Maar wanneer een ziekenhuis die regel niet naleeft, wordt het financieel bestraft. Dergelijke sancties zullen worden toegepast in de socialprofitsector, net als in de kinderdagverblijven, het onderwijs enzovoort.

Er werd een nota opgesteld over de evolutie van de ziekenhuissector. De minister heeft het daarin over netwerken en programmering. Het gaat over netwerken op basis van 400 000 à 500 000 patiënten. Betreft het opnames? Gaat het om "marktaandeel" van de ziekenhuizen?

la matière romprait la confiance que les professionnels de la santé doivent avoir en un gouvernement.

Sur la réforme du financement hospitalier, la ministre a annoncé une planification et un travail de concertation. Un conclave budgétaire plus tard et la donne a changé. Les modalités de concertation sont fondamentalement revues. Il aurait cependant été pertinent de mener une concertation avec les entités fédérées avant les décisions prises lors du conclave. Au niveau des établissements hospitaliers, une économie de 92 millions d'euros est décidée, sans même recouvrir l'année budgétaire 2017 complète. Pour 2018, ceci représente 126 millions d'euros.

La ministre s'obstine à présenter les choses en soulignant que la suppression de lits ne toucherait personne. La réforme du paysage hospitalier dans son ensemble est envisagée. L'échéancier présenté aboutit à une entrée en vigueur de la réforme en 2018. Les nouvelles règles devraient donc se dessiner à la mi-2017. Les millions d'économie ne sont pas la conséquence de la réforme mais des mesures qui visent à amputer le budget des moyens financiers. Les hôpitaux, qui préparent leur propre budget pour 2017, constatent qu'ils vont devoir procéder à des économies importantes, qui s'ajoutent à leur sous-financement structurel majeur. Tout ceci se répercutera sur l'emploi et, *in fine*, la qualité des soins.

En outre, les hôpitaux doivent tenir compte des règles inscrites dans l'arrêté royal du 2 mai 1995 concernant la protection de la maternité. L'écartement des femmes enceintes y est prescrit pour certaines catégories de fonction, qui se retrouvent dans les structures hospitalières. Cette règle est en soi pertinente: elle protège la femme enceinte. La plupart des structures hospitalières tentent alors de trouver une alternative, par exemple un poste purement administratif.

Le personnel soignant est fortement féminisé. Même au sein des grandes structures, il n'est pas toujours possible de trouver des alternatives pour toutes les femmes enceintes. Or, la structure qui ne respecte pas ces règles est sanctionnée financièrement. Cette sanction va donc s'appliquer dans le secteur non-marchand, comme dans les crèches, le monde de l'enseignement, etc.

Une note a été produite sur l'évolution du paysage hospitalier. La ministre y développe les réseaux et les programmations. La ministre évoque des réseaux sur la base de 400 000 à 500 000 patients. S'agit-il d'admissions? S'agit-il de parts de marché des hôpitaux? La

De minister heeft het er voorts over netwerken met een functie lager dan 25 – wat wordt bedoeld?

De minister heeft altijd gesteld dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zou uitgaan van het “bottom up-beginsel”; de spreekster was het daar mee eens. De jongste ontwikkelingen in deze zaak doen haar nu echter vrezen voor een compleet andere invulling, met name “top down”. Het model zal immers worden opgelegd via heel strenge criteria.

Quid met het geografisch aspect? Wat zijn de gevolgen ervan? Kan de minister duidelijker zijn over de programmering, over de prioriteiten van de kraamafdelingen, over de pediatrie afdelingen en over de urgentiediensten? Wat zijn de minimale financieringsniveaus? De spreekster acht die aspecten geenszins louter technisch; zij ontwaart er onduidelijkheden omtrent de toekomstige krachtlijnen van het systeem. Eén voorbeeld maar: omdat er wordt gewerkt met drempels, zouden tal van diensten kunnen verdwijnen. Worden die drempels ingesteld per netwerk of per instelling? Het antwoord op die vraag kan leiden tot het verdwijnen van een dienst.

De minister stelt inzake programmering en netwerken hoe kan worden onderhandeld en hoe de universitaire ziekenhuizen bij het dossier kunnen worden betrokken. De spreekster vindt een en ander onduidelijk. Hoe zal dit alles vorm krijgen? De kwestie is belangrijk voor veel aspecten van de verschillende hoofdstukken van de beleidsnota.

Er is debat nodig over de terugbetaling van het HPV-vaccin aan mannen. Wordt zulks thans besproken bij het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, of bij de Hoge Gezondheidsraad? Werd ter zake al een dossier aangelegd?

Een ander debat betreft de Truvada-molecule bij PrEP; wetenschappelijke gegevens tonen aan dat die wellicht nut heeft. Er werd in dat verband al werk verricht door het Europees Geneesmiddelenbureau.

De spreekster acht het niet langer houdbaar dat de behandeling van hepatitis C niet wordt terugbetaald als er louter een fibrose is. Terugbetaling heeft een budgettair aspect. Het is fout systematisch te wachten op een latere fase van de ziekte om tot terugbetaling van de behandeling over te gaan. Patiënten met hepatitis C moeten zonder dralen worden behandeld. Frankrijk heeft ter zake sneller gehandeld dan België. Een mogelijke openbare aanbesteding in alle drie de Benelux-landen kan goedkoper uitvallen per behandelingseenheid; de

ministre évoque aussi des réseaux avec une fonction inférieure à 25. De quoi s'agit-il?

Dans la réforme du financement hospitalier, il avait toujours été soutenu par la ministre que la philosophie relèverait du “bottom up”. L'intervenante souscrivait à une telle philosophie. Les dernières évolutions de ce dossier lui font craindre désormais une complète reformulation “top down”. Le modèle sera en effet imposé par le truchement de critères très stricts.

Qu'en sera-t-il du lien géographique? Quels seront les impacts? La ministre peut-elle être plus précise sur la programmation, les priorités dans les maternités, les services de pédiatrie et d'urgence? Quels seront les seuils minimaux de financement? Ces questions sont loin d'être purement techniques pour le membre, qui y voit des interrogations portant sur les grandes orientations futures du système. En fonction des seuils par exemple, de nombreux services pourraient disparaître. Les seuils valent-ils par réseau ou par site? La réponse à cette question peut aboutir à la disparition d'un service.

Sur la programmation et les réseaux, la ministre évoque la manière de négocier et la manière d'intriquer les hôpitaux académiques. Ces évocations restent floues pour le membre. De quelle manière tout ceci sera-t-il organisé? L'enjeu est important pour de multiples aspects des différents chapitres de la note de politique générale.

Un débat doit être tenu sur le remboursement pour les hommes du vaccin HPV. Ce point est-il discuté actuellement au sein du Centre fédéral d'expertise des soins de santé ou du Conseil Supérieur de la Santé? Un dossier a-t-il déjà été ouvert sur ce point?

Un autre débat concerne la molécule Truvada dans la prophylaxie pré-exposition. Des données scientifiques tendent à prouver son utilité. Un travail a déjà été mené sur le sujet par l'Agence européenne des médicaments.

Pour l'intervenante, il n'est plus tenable de refuser le remboursement de l'hépatite C en cas de fibrose. Le remboursement présente un aspect budgétaire. Attendre systématique un stade plus avancé que le stade débutant de la maladie n'est pas une bonne chose. Les patients porteurs doivent être traités sans délais. La France a avancé plus vite que la Belgique dans ce dossier. À partir du moment où un marché public est évoqué pour l'ensemble des pays du Benelux, une baisse du coût à l'unité de traitement pourrait être

aldus uitgespaarde middelen zouden kunnen dienen voor de financiering van maatregelen die aan méér patiënten ten goede komen.

Naast die ethische aspecten, waarbij het voorkomen van de ziekteverspreiding voorop staat, moeten ook alle patiënten met hepatitis C worden behandeld. Onderzoek heeft al geleid tot een geneesmiddel dat goede perspectieven biedt. Een virale ziekte uitroeien is een kans die we moeten grijpen. Complicaties verzorgen kost veel geld, en ook levertransplantaties zijn bijzonder dure ingrepen.

De spreekster ontwaart in de beleidsnota geen concrete aandacht voor palliatieve zorg. In de begroting wordt ter zake niet in extra middelen voorzien. De behoeften op dit gebied blijven evenwel heel groot. De minister gaf in het begin van de regeerperiode aan dat zij bijzondere aandacht zou besteden aan dit dossier. Worden nog initiatieven overwogen? De spreekster vestigt de aandacht van de minister op de onlangs door de Kamer aangenomen resolutie en wet over deze aangelegenheid.

Het lid heeft het voorts over de mantelzorgers, hoewel ze weet dat de minister niet als enige bevoegd is in deze materie. Mantelzorgers zijn heel waardevol bij de ondersteuning en soms ook bij de behandeling van zieken. Mantelzorgers zijn essentiële schakels in de zorgverlening.

De spreekster wil meer informatie over de proefprojecten in de ziekenhuiszorg en de kraamzorg. *Quid* met de kraamafdelingen die een dossier hebben ingediend om een proefproject op te zetten en die niet werden gekozen? Zullen ook zij financiering ontvangen?

In het veld is er veel vrees omtrent de bijsturing van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, tot vervanging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Mantelzorgers en professionele gezondheidszorgverleners die mensen met een handicap bijstaan, vrezen immers dat ze niet (of niet langer) verwanten of andere personen bepaalde zorghandelingen mogen toedienen, bijvoorbeeld 's nachts. In de vorige beleidsnota werd toegezegd dat zulks in 2016 zou worden geëvalueerd en dat vooruitgang zou worden geboekt. Dat engagement is er niet meer. Waarom sleept dit dossier aan?

Het lid herinnert eraan dat zij er al lang voor ijvert om orgaantransplantatie door toedoen van levende donoren

enregistrée et le budget ainsi libéré permettrait des mesures au profit d'un nombre plus élevé de patient.

Au-delà de ces questions éthiques, qui portent sur l'évitement de la propagation, il faudrait aussi traiter tous les patients porteurs. La recherche a déjà abouti à un médicament porteur d'espoirs. Éradiquer une maladie virale est une chance à saisir. Les complications ont un coût. La greffe hépatique est également une intervention particulièrement coûteuse.

Le membre n'aperçoit rien de concret dans la note de politique générale sur les soins palliatifs. Aucun moyen supplémentaire n'est prévu dans le budget. Or, les besoins en la matière restent criants. La ministre avait évoqué au début de la législature qu'elle y accorderait une attention particulière. Des initiatives sont-elles encore envisagées? L'intervenante attire l'attention de la ministre sur la résolution et la loi récemment adoptées par la Chambre en la matière.

L'oratrice reviendra sur le sujet des aidants proches, même si, ici, elle se dit consciente que la matière ne relève pas des compétences exclusives de la ministre. L'aidant proche a une plus-value éminente dans l'accompagnement et parfois le traitement des personnes malades. Il doit être considéré comme un maillon essentiel des soins.

De plus amples informations sont demandées sur les projets-pilotes en soins hospitaliers et en sorte de maternité. Qu'en est-il pour les maternités qui ont introduit un dossier pour mettre en place un projet pilote et qui n'ont pas été retenues? Recevront-elles aussi un financement?

De vives préoccupations sont exprimées sur le terrain face à la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Les aidants proches et les autres professionnels de l'aide aux personnes en situation de handicap craignent de ne pas ou de ne plus pouvoir poser certains actes de soins pour des proches ou des personnes, par exemple la nuit. Dans la précédente note de politique générale, un engagement avait été pris qu'une évaluation aurait lieu en 2016 et que des avancées seraient engrangées. Cet engagement disparaît ici. Pourquoi ce dossier traîne-t-il?

L'intervenante rappelle mener un combat depuis longtemps afin de faciliter la transplantation d'organes

makkelijker te maken. Er is een tekort aan organen in België. Naast de recente wetten is er ook nood aan andere ondersteunende maatregelen. Onontbeerlijk is bijvoorbeeld dat de donoren financieel ondersteund moeten worden bij hun medische kosten en om ze te vergoeden. Die beide aspecten vormen een rem op orgaantransplantatie. Mochten die belemmeringen worden weggewerkt, dan kan er sneller een oplossing komen voor patiënten die een heel zware behandeling ondergaan, in afwachting dat ze een lever of een long krijgen getransplanteerd; dat is heel belangrijk, want het betreft een zorgtraject dat heel duur uitvalt, niet alleen voor de patiënt maar ook voor de verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Ten aanzien van de *Redesign* van de administratie werd beslist advies- en overlegorganen in te stellen, in twee fasen. Wie zal deelnemen aan de werkzaamheden van die instanties? Een bijzonderheid van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg is dat die instantie vertegenwoordigers van de beleidsmakers, vertegenwoordigers van de gezondheidszorgberoepen en vertegenwoordigers van de patiënten samenbrengt. Een dergelijke alomvattende vertegenwoordiging komt maar weinig voor. Het mag niet de bedoeling zijn een loutere staatsstructuur in te stellen, waar de ministeriële kabinetten het voor het zeggen hebben. De stakeholders en de erkende patiëntenverenigingen dienen bij het werk te worden betrokken.

De begrotingsdocumenten tonen aan dat de begroting van het Kankerregister met 60 % wordt verminderd van het oorspronkelijke bedrag (aan het begin van de regeerperiode kreeg dat Register 192 000 euro, nu nog amper 65 000 euro). Het Kankerregister is echter heel belangrijk met name inzake omgevingsgezondheid. Het is heel terecht dat een instantie de omgevingsgezondheid van dichtbij opvolgt, want die instantie kan clusters bepalen en vaststellen waar een specifieke kanker meer dan elders opduikt; een andere kerntaak is onderzoek verrichten naar de redenen en de omgevingsfactoren die dergelijke vaststellingen kunnen verklaren. Wat wil de minister met deze budgettaire maatregel bereiken? Wordt het desbetreffende budget elders in de begroting opgenomen?

Tot slot gaat de spreekster in op de aspecten veiligheid en het inzetten van de hulpverleningsdiensten.

Ten eerste is er de veiligheid in nucleaire kwesties (in verband met Belgische dan wel buitenlandse kerncentrales), hetgeen kan rechtvaardigen dat jodiumtabletten ruimer beschikbaar zijn, zoals het lid in uitzicht stelt in een door haar ingediend wetsvoorstel; die maatregel vindt steun bij wetenschappers.

par des donneurs vivants. La pénurie d'organe existe en Belgique. Outre les législations récentes, d'autres mesures de soutien sont nécessaires. Un volet indispensable par exemple est le financement des frais médicaux des donneurs et les dédommagements de ceux-ci. Ces deux éléments restent des freins. Si ces freins pouvaient être levés, les patients bénéficiant de traitements très lourds, en attente de greffe hépatique, pulmonaire, etc., seraient plus rapidement aidés, ce qui est essentiel s'agissant de soins coûtant fort cher au patient et à l'assurance soins de santé et indemnités.

En ce qui concerne le redesign des administrations, il a été décidé de réunir des organes d'avis et de concertation en deux phases. Qui participera aux travaux de ces organes? Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, par exemple, présente la particularité de réunir des représentants des décideurs, des représentants des professionnels des soins de santé et des représentants des patients. Une telle représentation d'ensemble est assez rare. Il convient de rester attentif à ne pas créer une structure purement étatique, relevant des cabinets ministériels. Les parties prenantes et les associations de patients reconnues doivent être associées aux travaux.

Les documents budgétaires montrent que le budget du Registre du Cancer est amputé de 60 % de son montant initial. Au début de la législature, 192 000 euros étaient prévus. Aujourd'hui, on tombe à 65 000 euros. Or, le Registre du Cancer présente une importance fondamentale qui tient notamment à l'enjeu de la santé environnementale. Pouvoir mettre en évidence des clusters et déterminer les lieux où une prévalence du cancer spécifique est constatée, de même que rechercher l'origine et les éléments environnementaux permettant d'expliquer ces constats, sont des missions centrales, qui justifient pleinement l'existence d'un organe s'intéressant de près à la santé environnementale. Quel est l'objectif de la ministre par cette mesure budgétaire? Le budget correspondant est-il inscrit ailleurs dans le budget?

Enfin, l'intervenante aborde l'aspect de sécurité et de gestion de prise en charge de la santé.

D'une part, la sécurité face aux enjeux nucléaires – qu'il s'agisse des centrales nucléaires belges ou étrangères – justifierait que la disponibilité des capsules d'iode soit favorisée, comme l'intervenante le préconise dans une proposition de loi qu'elle a déposée. Cette mesure trouve appui dans le monde scientifique.

Voorts is er het gevaar op terroristische aanslagen. In dat verband wijst de spreker op de beslissingen om bij de aanslagen van 22 maart 2016 de hulpverleningsdiensten in te zetten: bij de medische hulpverlening werd correct gehandeld, maar de zaken liggen anders in verband met de dispatchings; sommige MUG-diensten moesten immers uren wachten voordat zij mochten uitrijden. Bovendien raakten de netwerken verzadigd. De minister gaat in haar beleidsnota wel kort op een en ander in, maar de spreker vindt dat die feiten ons nog andere dingen moeten leren. Het klopt wel dat ook andere ministers voor deze aangelegenheid bevoegd zijn.

*
* *

De heer Raoul Hedebouw (PTB-Go!) onderstreept het belang van de betoging van de zorgsector op 26 november 2016. De sector vreest de aangekondigde maatregelen van de minister.

De beleidsnota van de minister, wat Volksgezondheid betreft, begint met deze woorden: "Ik presenteer ook voor 2017 een gezondheidszorgbegroting in evenwicht. Bezuinigingen blijven nodig, maar de patiënt wordt daarbij maximaal gevrijwaard. Het budgettaire kader blijft uitdagend en noopt meer dan ooit tot zorgvuldige reflectie over elke euro die we besteden. Daarbij moet de toegankelijkheid voor de patiënt tot betaalbare en kwaliteitsvolle zorg een voortdurend aandachtspunt blijven." (DOC 54 2111/005, blz. 22).

In de pers verklaarde de minister te willen besparen met de scalpel, niet met de botte bijl, en dat de patiënt maximaal gevrijwaard zou blijven. De spreker vreest dat doorheen deze beleidsnota "het sparen van de patiënt" en "de toegankelijkheid voor de patiënt tot betaalbare en kwaliteitsvolle zorg" op de helling komen te staan.

Zo leest de heer Hedebouw bijvoorbeeld: "In 2017 zullen besparingsmaatregelen ten belope van 902 miljoen euro worden genomen in het domein van de gezondheidszorg. Hiervan was 673 miljoen euro reeds benodigd om het in het regeerakkoord uitgestippelde begrotingstraject na te leven. Gezien de budgettaire en macro-economische context worden hier nu 229 miljoen euro aan maatregelen bovenop genomen ten einde een bijdrage te leveren aan de verdere sanering van de overheidsfinanciën." (*ibid.* p. 23).

In de pers heeft de minister verklaard dat er niet verder kon bespaard worden op de gezondheidszorg. Toch krijgt de gezondheidszorg een forse besparing van bijna een miljoen euro te slikken. Waarom is de minister van standpunt veranderd?

D'autre part, par rapport au terrorisme, des conclusions s'imposent dans la gestion des services de secours, suite aux attentats du 22 mars 2016. Si les interventions des services médicaux ne sauraient être critiquées, il en va autrement des dispatchings. Certains SMUR ont attendu pendant des heures avant de pouvoir intervenir. Les réseaux ont également été saturés. La ministre y consacre un paragraphe dans la note de politique générale, mais pour l'intervenante d'autres leçons sont encore à tirer. Cette matière ne relève certes pas seulement des compétences de la ministre.

*
* *

M. Raoul Hedebouw (PTB-Go!) souligne l'importance de la manifestation du secteur des soins de santé le 26 novembre 2016. Le secteur redoute les mesures annoncées par la ministre.

En matière de santé publique, la note de politique générale de la ministre commence en ces termes: "Je présente également pour 2017 un budget des soins de santé en équilibre. Faire des économies reste nécessaire, mais le patient est préservé au maximum. Le cadre budgétaire reste interpellant et incite plus que jamais à une réflexion approfondie sur chaque euro que nous dépensons. L'accessibilité pour le patient à des soins payables et de qualité doit rester une question prioritaire permanente." (DOC 54 2111/005, p. 22).

Dans la presse, la ministre a déclaré vouloir économiser, non pas à la hache, mais au scalpel et que le patient serait préservé au maximum. L'intervenant craint que toute cette note de politique menace le patient et mette à mal l'accessibilité de ce dernier à des soins payables et de qualité.

Ainsi, à la page 23 de la même note, l'intervenant lit par exemple: "En 2017, les mesures d'économie seront réalisées pour un montant de 902 millions d'euros dans le domaine des soins de santé. Sur ce montant, 673 millions d'euros étaient déjà nécessaires afin de suivre la trajectoire budgétaire définie dans l'accord de gouvernement. Néanmoins, vu le contexte budgétaire et macroéconomique, des mesures supplémentaires pour un montant de 229 millions d'euros doivent être prises afin de poursuivre l'assainissement des finances publiques."

Dans la presse, la ministre a indiqué que les économies dans les soins de santé avaient atteint leurs limites. Or, ce secteur doit aujourd'hui accepter une économie drastique de près d'un million d'euros. Pourquoi ce revirement de la ministre?

Verder leest de spreker in de nota het volgende “De voorstellen zijn maximaal gebaseerd op een streven naar het versterken van evidence-based en best practice, doelmatigheid, zorgkwaliteit. Er wordt rekening gehouden met het vrijwaren van de financiële toegankelijkheid van de zorg. In die zin houden we rekening met resultaten van internationaal en nationaal onderzoek, bijvoorbeeld van het KCE, met maatregelen die worden voorgesteld in het kader van de auditrapporten of door de Commissie voor Begrotingscontrole, en dergelijke meer.” (blz. 24).

“Het versterken van het gezondheidszorgbeleid en de gezondheidszorg met wetenschappelijke kennis is één van de rode draden in mijn beleid. Dit vereist acties op het niveau van de structuren en de onderzoeksthema's, en een duurzame vertaling naar beleid en praktijk waarbij voldoende geïnvesteerd wordt in evaluatie- en implementatie, en kosteneffectiviteitsonderzoek.” (blz. 30).

De heer Hedeboom ondersteunt deze visie. Het gezondheidszorgbeleid dient gebaseerd te zijn op evidence-based en best practice-geneeskunde. De gezondheidszorg dient te worden versterkt met wetenschappelijke kennis. De spreker vreest echter dat het beleid van de minister precies het tegenovergestelde doet dan wat hier in de beleidsnota staat.

De minister wil bijvoorbeeld bepaalde geneesmiddelen duurder maken voor de patiënt door ze van terugbetalingscategorie te veranderen: “In het kader van een versterking van de inspanningen om de overconsumptie terug te dringen, wordt ook de patiënt aangesproken als een actieve en verantwoordelijke actor in de gezondheidszorg. Hierom wordt de vergoedingscategorie van antibiotica gewijzigd van categorie B naar C.” (blz. 27).

Er zijn vier terugbetalingscategorieën: A voor levensnoodzakelijke geneesmiddelen (bv. insuline) die volledig worden terugbetaald, B voor noodzakelijke geneesmiddelen (bv. antibiotica, bloeddrukverlagers) die voor driekwart worden terugbetaald, C voor symptomatische geneesmiddelen voor comfort (bv. slijmverdunders) die voor 15 procent worden terugbetaald en D voor slaapmiddelen of pijnstillers die niet worden terugbetaald.

De minister zal antibiotica en maagzuurremmers veranderen van terugbetalingscategorie B naar C en hoopt daarmee zo'n 27 miljoen euro te besparen. Het is overigens niet helemaal duidelijk welke categorie C

Plus loin dans la note, l'intervenant lit ceci: “Les propositions sont basées au maximum sur la volonté de renforcer l'aspect *evidence-based* et, *best practice*, l'efficacité et la qualité des soins. Il est tenu compte de la nécessité de préserver l'accessibilité des soins sur le plan financier. Dans ce sens, nous prenons en compte les résultats d'études internationales et nationales, telles que celles du KCE, les mesures proposées dans le cadre des rapports d'audit ou par la Commission de contrôle budgétaire, etc.” (p. 24).

“Un des fils rouges de ma politique est le renforcement de la politique en matière de soins de santé et des soins de santé étayés par des connaissances scientifiques. Cela exige que des actions soient mises en place au niveau des structures et des thèmes de recherche ainsi qu'une transposition durable des résultats des recherches, tant au niveau politique qu'au niveau pratique, mais aussi des investissements suffisants dans l'évaluation, l'implémentation ou encore dans des analyses du rapport coût/efficacité.” (p. 30).

M. Hedeboom soutient cette vision: la politique des soins de santé doit reposer sur une médecine fondée sur des preuves et des pratiques médicales exemplaires. Les connaissances scientifiques doivent venir renforcer les soins de santé. Mais l'intervenant craint que la politique de la ministre fasse exactement le contraire de ce que prévoit sa note de politique générale.

La ministre veut, par exemple, faire payer plus cher certains médicaments par le patient en modifiant la catégorie de remboursement de ce dernier: “Dans le cadre d'un renforcement des efforts pour réduire la surconsommation, le patient est vu également comme un acteur actif et responsable de la santé publique. Pour cette raison la catégorie de remboursement des antibiotiques passe de la catégorie B à C.” (p. 27).

Les catégories de remboursement sont au nombre de quatre: A désigne les spécialités d'importance vitale (l'insuline, par exemple) qui sont intégralement remboursés, B regroupe les spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique (p. ex. antibiotiques, hypotenseurs) qui sont remboursés à septante-cinq pour cent, C désigne les médicaments destinés au traitement symptomatique (p. ex. les substances destinées à liquéfier le mucus) qui sont remboursés à hauteur de quinze pour cent et D regroupe les somnifères ou les analgésiques qui ne sont pas remboursés.

La ministre compte faire passer les antibiotiques et les antiulcéreux gastriques de la catégorie de remboursement B à la catégorie de remboursement C et espère ainsi réaliser une économie de 27 millions d'euros. On

het precies betreft, want er zijn meerdere subgroepen; naargelang varieert de terugbetaling van 15 % tot 50 %. Maar het is vooralsnog nog altijd de arts die beslist of antibiotica nodig is en welke.

De antibiotica duurder maken voor de patiënt zal aan het te hoog gebruik niets verhelpen. Wel zullen kwetsbare patiënten een noodzakelijke behandeling uitstellen. Een bronchitis wordt zo een longontsteking waarvoor een opname in een ziekenhuis nodig is. Dat is geen besparing.

Ook voor maagzuurremmers zijn er veel indicaties waar het gebruik medisch verantwoord is. Als ernstige reflux (terugstroom van maagzuur in de slokdarm) niet wordt behandeld, kan dat leiden tot zweren in de slokdarm, bloedingen of pre-kankerletsels. Als een maagzweer niet wordt behandeld, kan dat leiden tot bloeding of perforatie. Ook zeggen alle evidence based guidelines dat maagzuurremmers chronisch dienen te worden toegediend als maagprotectie bij patiënten die ontstekingsremmers moeten gebruiken (zoals reuma-patiënten), die cortisone moeten gebruiken (reuma, systeemziekten, longaandoeningen en kankerpatiënten) of die bloedverdunners moeten gebruiken vanaf een bepaalde leeftijd.

Beide groepen geneesmiddelen verhuizen van terugbetalingscategorie B naar C is medisch onverantwoord en maakt noodzakelijke geneesmiddelen onbetaalbaar voor patiënten.

De meest voorkomende indicatie vandaag voor het gebruik van antibiotica en maagzuurremmers, dan nog in gecombineerde vorm, is de uitroeiing van een maagbacterie genaamd *Helicobacter Pylori*. Daarvoor moet de patiënt eerst zeven dagen lang twee verschillende antibiotica combineren in hoge dosis, samen met een maagzuurremmer. Daarna dient de patiënt nog een achttal weken de maagzuurremmer verder te nemen. Als die microbe niet wordt uitgeroeid, verhoogt die het risico op maagzweren en ook op maagkanker.

In België kost zo'n behandeling toegepast met de goedkoopste geneesmiddelen in totaal 75,19 euro, waarvan de patiënt nu 19,72 euro moet betalen. Met de nieuwe maatregelen stijgt die prijs voor de patiënt naar

ne voit par ailleurs pas tout à fait clairement de quelle catégorie C il s'agit précisément, car il existe plusieurs sous-groupes, pour lesquels le taux de remboursement varie de 15 % à 50 %. Ceci dit, jusqu'à présent, il appartient toujours au médecin de déterminer si un antibiotique est utile et, si oui, lequel.

Rendre les antibiotiques plus onéreux pour le patient ne changera rien à la surconsommation de ce type de médicaments. En revanche, des patients vulnérables reporteront des traitements nécessaires. Une bronchite risque ainsi de se transformer en pneumonie, entraînant la nécessité d'une hospitalisation. C'est tout sauf une économie.

Pour les antiulcéreux gastriques, il existe également de nombreuses indications qui justifient leur utilisation sur le plan médical. Lorsqu'un reflux important (reflux de sucs gastriques dans l'œsophage) n'est pas traité, cela peut donner lieu à des abcès dans l'œsophage, à des saignements ou à des lésions précancéreuses. Si un ulcère à l'estomac n'est pas soigné, il y a des risques de saignements, voire de perforation. De même, toutes les directives basées sur les faits (*evidence based*) indiquent que des antiulcéreux gastriques doivent être administrés de manière chronique afin de protéger l'estomac des patients qui doivent prendre des anti-inflammatoires (comme les personnes souffrant de rhumatismes) ou de la cortisone (personnes atteintes de rhumatismes, de maladies systémiques, d'affections pulmonaires ou d'un cancer) ou des patients qui doivent prendre des anticoagulants à partir d'un certain âge.

Faire passer ces deux groupes de médicaments de la catégorie de remboursement B à la catégorie C ne se justifie pas médicalement et rend des médicaments nécessaires financièrement inaccessibles pour certains patients.

L'indication actuelle la plus fréquente pour l'usage d'antibiotiques et d'antiulcéreux gastriques (et même combinés les uns aux autres dans ce cas) concerne l'éradication de la bactérie de l'estomac appelée *Helicobacter pylori*. Pour les besoins de ce traitement, le patient doit d'abord combiner la prise simultanée de deux antibiotiques différents à forte dose et d'un antiulcéreux gastrique pendant sept jours, à la suite de quoi il doit continuer à prendre l'antiulcéreux pendant environ huit semaines. Si ce microbe n'est pas éliminé, le risque d'ulcères à l'estomac ainsi que de cancer de l'estomac augmente pour le patient.

En Belgique, un tel traitement, administré à l'aide des médicaments les moins chers, coûte au total 75,19 euros, dont 19,72 euros à charge du patient. Si l'on applique les nouvelles mesures, le coût pour le patient

63,89 euro. In Nederland, waar de zorgverzekeraars via een preferentiële aanbesteding de prijs fors kunnen drukken, kost een identieke behandeling in totaal 19,42 euro, die overigens volledig wordt terugbetaald.

Sensibiliseringscampagnes naar de artsen en het kiwimodel toepassen is volgens de spreker gezond voor zowel de arts, de patiënt als de ziekteverzekering. De Nederlandse prijzen hanteren voor, bijvoorbeeld, het in België meest voorgeschreven antibioticum Augmentin bespaart het RIZIV 15,4 miljoen euro en de patiënt 5,1 miljoen. Dit is meer dan wat de door de minister beoogde maatregel, toegepast op alle antibiotica samen, zal opbrengen.

Een tweede concreet voorbeeld zijn de wijkgezondheidscentra. Hierover valt er evenwel weinig te lezen in de beleidsnota. De minister wil 7 miljoen euro besparen door te verbieden dat er nog nieuwe gezondheidscentra bij komen. Voor degene die al in de opstartfase zitten, wil de minister eerst nog een audit doen. Concreet betekent dit dat 15 wijkgezondheidscentra die in de opstartfase zitten, die vaak al een gebouw hebben klaargemaakt en artsen en verpleegkundigen hebben geëngageerd, niet zouden mogen beginnen.

Dit is des te schrijnender door het enorme tekort aan sociale huisartsen. In veel steden vinden patiënten geen huisarts meer waar ze nog terecht kunnen of die voor hen betaalbaar is. Daarnaast indexeert de minister het geld dat groepspraktijken krijgen per patiënt maar voor een kwart, in plaats van helemaal. Daardoor krijgen deze praktijken minder middelen.

De minister beweert een beleid te willen voeren op basis van wetenschappelijk onderzoek van, bijvoorbeeld het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Het KCE voerde in 2008 een vergelijkende studie uit tussen praktijken die het systeem van betaling per prestatie hanteerden en zij die forfaitair werkten. De totale kostprijs per patiënt is voor de overheid gelijk in beide systemen. Dat komt omdat in de forfaitaire geneeskunde heel wat problemen worden aangepakt en opgelost bij de huisarts. Patiënten komen dan veel minder vaak in de dure specialistengeneeskunde terecht. Voor de patiënt echter was de toegankelijkheid in de forfaitaire geneeskunde heel wat beter, aangezien hij niet moet betalen.

grimpe à 63,89 euros. Aux Pays-Bas, où les organismes assureurs peuvent exercer une forte pression sur le prix au moyen d'une adjudication préférentielle, le même traitement coûte au total 19,42 euros, montant qui est d'ailleurs intégralement remboursé.

L'intervenant estime que l'organisation de campagnes de sensibilisation à l'intention des médecins et l'application du modèle "Kiwi" auraient des retombées positives tant pour le médecin et le patient que pour l'assurance maladie. Appliquer les prix néerlandais, notamment pour l'antibiotique le plus prescrit en Belgique, à savoir l'Augmentin, entraînerait une économie de 15,4 millions d'euros pour l'Inami et de 5,1 millions d'euros pour le patient, soit plus que le rendement de la mesure proposée par la ministre pour l'ensemble des antibiotiques.

Un deuxième exemple concret concerne les maisons médicales. La note de politique générale contient cependant peu d'éléments à ce sujet. La ministre veut économiser 7 millions d'euros en interdisant la création de maisons médicales supplémentaires. Pour celles qui sont déjà en phase de démarrage, la ministre veut d'abord les soumettre à un audit. Concrètement, cela signifie que 15 maisons médicales qui sont actuellement en phase de démarrage, qui ont souvent déjà aménagé des locaux et engagé des médecins et du personnel infirmier, ne pourraient pas entamer leurs activités.

Cette situation est d'autant plus désolante qu'il existe un manque criant de médecins généralistes "sociaux". Dans de nombreuses villes, les patients ne trouvent plus de médecin généraliste prodiguant des soins à un tarif qui est à leur portée. De plus, la ministre n'indexe qu'à 25 % au lieu de 100 % les montants que les maisons médicales reçoivent par patient. Par conséquent, les moyens alloués à ces maisons médicales diminuent.

La ministre prétend vouloir mener une politique basée sur des études scientifiques, notamment celles du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Or, en 2008, le KCE a réalisé une étude établissant une comparaison entre les cabinets qui utilisent le système de paiement à la prestation et ceux qui travaillent sur la base d'un forfait. L'étude a montré que le coût total par patient pour les pouvoirs publics était identique dans les deux systèmes. L'explication réside dans le fait que dans la médecine forfaitaire, un grand nombre de problèmes sont pris en charge et résolus par le médecin généraliste, si bien que les patients ont beaucoup moins fréquemment recours aux services coûteux de la médecine spécialisée. Pour le patient, en revanche, l'accessibilité était nettement meilleure dans le cas de la médecine forfaitaire, étant donné qu'il ne doit pas payer.

Daarnaast schrijven artsen in forfaitair verband heel wat minder antibiotica voor. Ze doen ook meer aan preventie en gezondheidspromotie. En ten slotte werken die artsen aan een bescheidener inkomen dan hun collega's. Meestal zijn ze sociaal gemotiveerd.

De beslissingen van de minister zijn dus geen op wetenschappelijke studies gebaseerd beleid, maar vooral een ideologische aanval. De minister wil liever een liberaal dan een sociaal gezondheidssysteem. De strategie van deze regering bestaat erin om het middenveld en hun sociale projecten te vernietigen. Het vormt een aanval op de sociale geneeskunde, terwijl de rijke specialisten, waar een paar miljard euro te rapen valt, buiten schot worden gelaten.

De nieuwe voorzitter van de Christelijke Mutualiteiten, Luc Van Gorp, trok een paar weken geleden aan de alarmbel over de hoge lonen van specialisten. Sommigen, vooral zij die met machines werken, verdienen bruto tussen de 25 000 en 50 000 euro per maand. Specialisten die dan weer meer met mensen werken, zoals pediaters, psychiaters, enz., verdienen "maar" 10 000 à 20 000 euro per maand. En heel het debat over die exorbitante lonen, toonde vooral aan dat er geen transparantie bestaat.

Dat de minister geen audit bestelt naar de verloning van specialisten, maar wel naar de financiering van wijkgezondheidscentra en groepspraktijken, is voor de heer Hedeboom de wereld op zijn kop. Dit toont heel duidelijk dat er met twee maten en twee gewichten gewerkt wordt.

De spreker stelt integendeel voor om alle specialisten het salaris van een universiteitsprofessor te geven, de vergoeding gelijk te schakelen, en hen sociale rechten en pensioenopbouw te geven. De betaling per prestatie en de supplementen moeten dan wel verboden en afgeschaft worden. Zo kan er 2 miljard euro worden bespaard. Een perifere specialist verdient nu ruim twee keer zo veel. Een algemeen verbod op supplementen moet er komen, zodat de beste specialisten daar gaan werken waar ze nodig zijn, en niet waar ze het meeste kunnen aanrekenen.

De beleidsnota stelt ook het volgende: "De terugbetaling van hiv-remmers wordt versoepeld vanaf januari 2017 zodat de behandeling zal kunnen worden opgestart van zodra de diagnose wordt gesteld, daar waar dat vandaag pas kan onder strikte voorwaarden betreffende

En outre, les médecins travaillant dans un contexte forfaitaire prescrivent beaucoup moins d'antibiotiques. Ils font également davantage de prévention et de promotion de la santé. Et enfin, ces médecins travaillent moyennant une rémunération plus modeste que leurs collègues. Ils sont généralement animés par une motivation sociale.

Les décisions de la ministre ne relèvent dès lors pas d'une politique fondée sur des études scientifiques, mais constituent surtout une attaque idéologique. La ministre préfère un système de santé libéral à un système de santé social. La stratégie de ce gouvernement consiste à détruire la société civile et ses projets sociaux. C'est une attaque contre la médecine sociale, alors que les riches spécialistes, chez lesquels on pourrait trouver quelques milliards d'euros, ne sont pas inquiétés.

Le nouveau président des mutualités chrétiennes, Luc Van Gorp, a tiré la sonnette d'alarme, il y a quelques semaines, au sujet des rémunérations élevées des spécialistes. Certains d'entre eux, notamment ceux qui travaillent avec des machines, gagnent entre 25 000 et 50 000 euros par mois. Toutefois, les spécialistes dont le travail est davantage axé sur les gens, tels que les pédiatres, les psychiatres, etc., ne gagnent "que" 10 000 à 20 000 euros par mois. En outre, tout le débat sur ces rémunérations exorbitantes a surtout montré qu'il n'existe aucune transparence.

M. Hedeboom considère qu'il est surréaliste que la ministre ne commande pas d'audit sur les rémunérations des spécialistes mais bien sur le financement des maisons médicales et des cabinets collectifs, ce qui montre très clairement qu'il y a deux poids deux mesures.

L'intervenant propose, au contraire, de verser à tous les spécialistes le salaire d'un professeur d'université, d'uniformiser les rémunérations, de leur octroyer des droits sociaux et la constitution de droits de pension. Le paiement par prestation et les suppléments doivent, en revanche, être interdits et supprimés. De cette manière, il sera possible d'économiser 2 milliards d'euros. Un spécialiste périphérique gagne actuellement plus du double qu'un professeur d'université. Il faut imposer une interdiction générale des suppléments de telle manière que les meilleurs spécialistes aillent travailler là où le besoin s'en fait ressentir, et non là où ils peuvent facturer le maximum.

La note de politique générale précise également que: "Le remboursement des inhibiteurs du VIH sera assoupli à partir de janvier 2017 pour que le traitement puisse être instauré dès que le diagnostic est posé alors qu'aujourd'hui, il n'est prévu qu'à la stricte condition

het aantal CD4-cellen aanwezig in het bloed. Deze uitbreiding is in lijn met Belgische en internationale aanbevelingen.” (blz. 48).

Graag had de spreker hier wat meer toelichting bij gehad. De vraag is of de minister ook bereid bent tot terugbetaling van preventieve hiv-remmers bij risicogroepen, zoals ook Sensoa en verschillende LGBT-organisaties voorstellen? Is de minister bereid hier ook in terugbetaling te voorzien voor risicogroepen, of enkel nadat de diagnose gesteld werd?

Vorige week was er een belangrijke beweging in de zorgsector. De spreker heeft met veel vrees over de maatregelen van de minister gehoord. Hij is van mening dat de minister bezig is met het verdiepen van een tweesnelheden toegang tot de geneeskunde. Het verhogen van het geld dat de mensen moeten geven, is geen sociaal of een wetenschappelijk beleid. De heer Hedeboom hoopt dat de minister oor zal hebben naar het middenveld, en een warm en sociaal beleid voert – niet een koud beleid enkel gebaseerd op de winsten.

*
* *

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) geeft aan dat geen rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de Walen en de Brusselaars. Eén voorbeeld maar: het beleid inzake planning en contingentering wekte aanvankelijk veel hoop, daar de deskundigen van de “Planningscommissie medisch aanbod” hadden bevestigd dat het Zuiden van het land te weinig artsen telt; die deskundigen raadden inzake de RIZIV-nummers zelfs een bijsturing aan van de verdeelsleutel die de gemeenschappen hanteren, om beter rekening te houden met die behoeften aan Franstalige kant. De minister heeft dat advies echter genegeerd.

De minister negeerde al evenzeer de oproepen van de Franstalige beoefenaars van de psychotherapie en de psychomotoriek om hun beroep erkend te zien, overeenkomstig de realiteit in het Zuiden van het land. De minister heeft er evenwel voor gekozen om in de RIZIV-instanties slechts één representatieve organisatie van fysiotherapeuten te erkennen.

Thans is ook de situatie van de osteopaten onzeker. Vorige zomer hebben hun vertegenwoordigers een petitie met 50 000 handtekeningen overhandigd, met de vraag osteopathie te erkennen, en wel als eerstelijnsberoep (dus zonder voorschrift). Die vertegenwoordigers

concernant un minimum de cellules CD4 présentes dans le sang. Cet élargissement du remboursement s’inscrit dans des recommandations tant belges qu’internationales.” (p. 48).

L’intervenant souhaiterait obtenir quelques précisions en la matière. La ministre est-elle également disposée à rembourser les inhibiteurs préventifs du VIH pour les groupes à risques, ainsi que le proposent Sensoa et différentes organisations LGBT? La ministre est-elle également disposée à prévoir le remboursement pour les groupes à risques ou le remboursement ne peut-il intervenir qu’après qu’un diagnostic a été posé?

Un important mouvement a été observé la semaine dernière dans le secteur des soins de santé. L’intervenant a entendu les grandes craintes suscitées par les mesures de la ministre. Il estime que la ministre est en train d’accentuer l’accès à deux vitesses à la médecine. L’augmentation de la quote-part personnelle ne relève pas d’une politique sociale ou scientifique. M. Hedeboom espère que la ministre prêter attention à la société civile et mènera une politique attentive et sociale – et non une politique indifférente uniquement basée sur des chiffres.

*
* *

Mme Véronique Caprasse (DéFI) estime que les souhaits et des besoins des Wallons et des Bruxellois n’ont pas été pris en compte. Ainsi en va-t-il dans la politique de planification et de contingentement, qui avait pourtant tout d’abord suscité de grands espoirs: les experts de la Commission de planification de l’offre médicale avaient confirmé l’existence de pénuries médicales au Sud du pays. Ils avaient même recommandé une adaptation de la clé de répartition des numéros INAMI entre les Communautés pour mieux tenir compte de ces besoins côté francophone. Mais la ministre a passé outre leur avis.

La ministre a également ignoré les appels des psychothérapeutes et des psychomotriciens francophones en vue de voir leur profession reconnue, conformément à la réalité du terrain au Sud du pays. Elle a choisi de n’agréer qu’une seule organisation représentative des kinésithérapeutes dans les organes de l’INAMI.

L’inquiétude porte à présent pour les ostéopathes. Cet été, leurs représentants ont remis une pétition comportant 50 000 signatures afin que l’ostéopathie soit reconnue et reste une profession de première ligne (soit sans prescription). Ils ont également remis une étude

hebben bovendien een onderzoek bezorgd van professor Lieven Annemans (Universiteit Gent), een deskundige in de gezondheidszorg; dat onderzoek omvat wetenschappelijke literatuur waaruit blijkt dat osteopathie wel degelijk werkt. De minister zou echter willen dat een voorschrift van een huisarts vereist is, om pas vervolgens bij een osteopaat aan te kloppen.

Patiënten moeten uiteraard worden beschermd tegen charlatans en incompetente beroepsbeoefenaars, maar er bestaan degelijke opleidingen. In Franstalig België verstrekt de ULB een opleiding in de osteopathie; die duurt zes jaar, even lang als de artsenopleiding. De studenten osteopathie volgen overigens sommige vakken samen met de studenten geneeskunde, maar ze zijn beter voorbereid op osteopathie. In Vlaanderen bestaat echter geen soortgelijke universitaire opleiding. Blijft de minister opnieuw doof voor wat in Franstalig België bestaat? Wordt de keuzevrijheid van de patiënt opnieuw ingeperkt?

Begroting 2017

Door de splitsing van de gezondheidszorg ontstond een paradox: overall wordt verwoed gestreefd om her en der te bezuinigen, terwijl ingevolge de Zesde Staatshervorming het systeem voor gezondheidszorg complexer en duurder werd; men moet immers heropbouwen wat al bestond, maar nu in twee- of driedvoud. Iedereen stelt thans die complexiteit en dat prijskaartje aan de kaak; de meeste actoren zijn het erover eens dat die energie- en middelenverspilling had kunnen worden voorkomen. Er wordt bezuinigd, voor elke entiteit afzonderlijk en voor elke begrotingsenveloppe afzonderlijk, zonder oog te hebben voor de samenhang van het geheel.

Het is niet langer geloofwaardig te stellen dat de patiënt zal worden ontzien. De minister leek daar niettemin van overtuigd te zijn; toen de N-VA-voorzitter in september 2016 aankondigde dat fors zou worden bezuinigd in de gezondheidszorg, heeft ze die verklaring bestreden. Nu werd heel snel beslist dat in de gezondheidszorg 229 miljoen euro extra wordt bezuinigd, waardoor de totale inspanning voor 2017 oploopt tot 902 miljoen euro.

Het Federaal Planbureau had de reële groei van de gezondheidszorgbehoeften op 2,2 % geraamd. Aanvankelijk bedroeg die groei 1,5 %, maar na de jongste bezuinigingsronde wordt het amper 0,5 %. Volgens de spreekster zullen de patiënten die inkrimping wel degelijk voelen.

De minister stelt dat de patiënt centraal staat in haar beleid. Het lid kan zich zeker vinden in diverse beleidsaspecten van de minister: de patiënten meer

d'un expert en soins de santé de l'Université de Gand, Lieven Annemans, reprenant la littérature attestant l'efficacité de l'ostéopathie. La ministre souhaiterait toutefois imposer une prescription auprès d'un médecin généraliste avant de consulter un ostéopathe.

Certes, il faut préserver les patients des charlatans et des praticiens incompetents, mais les formations sérieuses existent. Côté francophone, l'ULB forme des ostéopathes pendant six ans, comme les médecins. Ils suivent d'ailleurs des cours communs avec les étudiants en médecine, mais ils sont mieux préparés à l'ostéopathie. Puisqu'un enseignement universitaire équivalent n'existe pas côté néerlandophone, la ministre sera-t-elle à nouveau indifférente aux réalités du terrain francophone? La liberté de choix des patients va-t-elle être à nouveau restreinte?

Budget 2017

Les artisans de la scission de soins de santé ont mené à un paradoxe: des économies de bouts de chandelle sont recherchées partout, alors que la Sixième Réforme de l'État a rendu le système de soins plus complexe et plus coûteux parce qu'il faut reconstruire ce qui existait déjà mais en deux ou trois exemplaires. Cette complexité et ce coût sont maintenant dénoncés de toutes parts, et la plupart des acteurs s'accordent pour dire qu'on aurait pu éviter ce gaspillage d'énergie et de moyens. Les économies sont décidées entité par entité, enveloppe par enveloppe sans se préoccuper de la cohérence de l'ensemble.

Il n'est plus crédible d'affirmer que le patient sera épargné. La ministre semblait s'en convaincre et avait répondu par la négative lorsque le président de la N-VA avait annoncé d'importantes coupes dans les soins de santé en septembre 2017. Ici, 229 millions d'euros d'économies supplémentaires de dernière minute ont été décidées dans les soins de santé, ce qui porte l'effort global pour 2017 à 902 millions d'euros.

Le Bureau fédéral du Plan avait évalué la croissance réelle des besoins relatifs à la santé à 2,2 %. Au départ, la norme de croissance prévue était de 1,5 %. Mais suite aux dernières économies imposées, elle ne sera plus que de 0,5 %. L'intervenante ne peut pas croire que le patient n'en subira pas les conséquences.

La place centrale du patient dans la politique de la ministre est affirmée. Plusieurs voies agréent le membre, comme celle qui vise à faire davantage participer le

betrekken bij de therapeutische keuzes die hen aanbelangen, ze beter informeren over geneesmiddelen en gezondheidsproducten, alsook hen toegang bieden tot hun medische gegevens. Het belangrijkste aspect van een patiëntgericht beleid is evenwel het wegwerken van financiële drempels tot kwaliteitsvolle zorg. De minister raakt niettemin aan een en ander, onder meer door de werkgelegenheid in de ziekenhuizen onzeker te maken.

In de medische sector raakt men echt ontstemd wegens de besparingen die de regering oplegt. Dat kan ertoe leiden dat indien sommige artsen willen “deconventioneren” willen zijn, een consult fors duurder wordt, wat ten nadele zal zijn van de patiënten. Het vertrouwen is inderdaad weg na de beslissing om inzake honoraria een deel van het indexeringsbedrag niet toe te kennen. Wat is de stand van zaken in het overleg tussen artsen, ziekenfondsen en de overheidsdiensten? Klopt het dat de artsen de bestaande overeenkomst niet kunnen opzeggen, omdat is bepaald dat zulks alleen kan bij de bekendmaking (in het *Belgisch Staatsblad*) van nieuwe maatregelen inzake hun honoraria? Een gewone circulaire kan toch volstaan om de nieuwe maatregelen toe te passen.

Ziekenhuizen

Om de recentste budgettaire tekorten weg te werken, heeft de minister beslist om de hervorming van de ziekenhuisfinanciering sneller uitvoering te geven. Dat gebeurt zonder overleg, hetgeen opnieuw leidt tot spanningen met de Walen en Brusselaars. In plaats van te hervormen om de werking te verbeteren en geleidelijk over te gaan tot structurele bezuinigingen, wordt beslist om op korte termijn te besparen, zonder zich zorgen te maken over de nevenschade voor de werkgelegenheid en de patiënten.

Er wordt geen rekening gehouden met de realiteit in het veld. Zo zijn er in Brussel 6820 erkende bedden, maar omdat 30 à 40 % van de patiënten in Brusselse ziekenhuizen niet in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest wonen, zouden er 8447 erkende bedden moeten zijn, dus 1627 bedden extra. Thans wordt echter overwogen 1000 bedden te schrappen. De patiënt zal de gevolgen van de bezuinigingen voelen.

Het schrappen van bedden komt bovenop andere maatregelen die een weerslag zullen hebben, zoals de gedeeltelijke indexering van de medische honoraria. Heeft de minister de nagegaan welke impact haar beslissing om de honoraria van de zorgverleners slechts gedeeltelijk te indexeren, zal hebben op de ziekenhuizen?

De *Cliniques universitaires Saint-Luc* raamt dat ze door de begrotingsmaatregelen 3,3 miljoen euro zullen

patient aux choix thérapeutiques qui le concernent ou encore à mieux l’informer sur les médicaments et les produits de santé, et lui donner accès à ses données de santé. la condition *sine qua non* d’une politique centrée sur le patient reste l’accès financier à des soins de qualité. La ministre touche à ces aspects, notamment en faisant peser une menace sur l’emploi dans les hôpitaux.

La colère que les économies décidées par le gouvernement soulèvent dans le secteur risque de provoquer une flambée du prix des consultations au détriment du patient si les médecins se déconventionnent. Suite à la décision de ne pas attribuer une partie de la masse d’indexation des honoraires, la confiance semble en effet rompue. Quel est l’état des discussions entre les médecins, et les mutuelles et l’administration? Est-il exact que les médecins ne peuvent pas dénoncer l’accord existant, parce qu’il est prévu que cela ne peut se faire qu’à la date de parution de nouvelles mesures concernant leurs honoraires au Moniteur, alors qu’une simple circulaire suffirait à appliquer les nouvelles mesures?

Hôpitaux

Pour combler le dernier trou budgétaire, la ministre a décidé d’accélérer la réforme du financement des hôpitaux. Ceci s’opère sans concertation, ce qui génère un nouveau bras de fer avec les wallons et les bruxellois car au lieu de réformer pour améliorer un fonctionnement et faire progressivement des économies durables, des économies à court terme sont décidées, sans se soucier des dégâts collatéraux pour l’emploi et pour les patients.

Les réalités de terrain ne sont pas prises en compte. Ainsi, Bruxelles compte 6820 lits agréés. Mais comme 30 à 40 % des patients pris en charges par les hôpitaux bruxellois ne résident pas dans la Région de Bruxelles-Capitale, il faudrait avoir 8447 lits agréés, soit 1627 lits de plus. La fermeture de 1000 lits est au contraire envisagée. Le patient subira les conséquences des économies?

Les fermetures de lits viennent en surplus d’autres mesures qui auront une incidence comme l’indexation partielle des honoraires médicaux. La ministre a-t-elle mesuré l’incidence de sa décision d’indexation partielle des honoraires des prestataires de soins pour les hôpitaux?

L’hôpital Saint-Luc évalue que les mesures budgétaires lui feront perdre 3,3 millions d’euros, ce qui

verliezen, wat overeenkomt met 50 voltijds equivalenten. Het zit zo: wanneer de patiënt zijn consultatie betaalt, gaat dat geld naar het ziekenhuis, niet naar de arts. Het loon van de artsen en van het ziekenhuispersoneel wordt daarentegen nog steeds geïndexeerd. Het ziekenhuis betaalt dus hogere lonen uit, maar heeft minder inkomsten dan voorzien. Zulks dreigt gevolgen te hebben voor de werkgelegenheid, aangezien natuurlijk afvloeiend personeel niet meer zal worden vervangen.

Ook het Irisnet heeft berekend dat de opgelegde besparingen in 2017 een verlies zullen opleveren van naar schatting 14,4 miljoen euro en in 2018 van 17 miljoen euro. Als men weet dat 60 tot 70 % van de kosten van de Iris-ziekenhuizen personeelskosten zijn, is het duidelijk dat banen zullen moeten worden geschrapt.

Op 24 november 2016 hebben de zorgverleners in de ziekenhuizen deelgenomen aan de betoging van de non-profitsector om hun ongerustheid te uiten. Nu al wordt één op tien zorgverleners gevelde door een *burn-out*. Uit een nog te verschijnen onderzoek van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg zou blijken dat vier op de tien gezondheidswerkers “altijd” of “meestal” onder stress staan. Heeft de minister weet van die analyse?

Het feit dat er banen op de tocht staan, doet vrezen voor overmatige werklust en een ontmenselijking van de zorg. Hoe dan ook zal ook de patiënt het gelag betalen.

Terugbetaling en geneesmiddelen

Klopt het dat fibromyalgiepatiënten nog slechts 60 kinesessies terugbetaald zullen krijgen?

De spreekster kan moeilijk inschatten welke impact de maatregelen inzake de geneesmiddelen op de patiënt zullen hebben. In de pers circuleert informatie over neussprays, chronische ziekten en het afschaffen van de terugbetaling van grote verpakkingen van sommige middelen tegen maagzweren; sommige maatregelen zouden ook betrekking hebben op actieve verbandmiddelen, epidurales, maagzuurremmers, ontstekingsremmers enzovoort.

Kan de minister een volledige lijst bezorgen van de soorten geneesmiddelen waarvoor wordt bespaard? Heeft zij die maatregelen getoetst op hun impact op het bedrag dat de patiënt zelf nog moet ophoesten? Volgens Solidaris zal de jaarlijkse geneesmiddelenfactuur voor de patiënt met minstens 9 % stijgen. Wat denkt de minister daarvan?

correspond à 50 équivalents temps plein. Le fait est que lorsque le patient paie sa consultation, l'argent va à l'hôpital, pas au médecin. Par contre, le salaire des médecins et du personnel hospitalier continue d'être indexé. L'hôpital paie des salaires plus élevés, mais a des rentrées moindres que prévu. Cela risque d'avoir des incidences sur l'emploi en termes de non remplacement de départs naturels.

Le réseau IRIS a également évalué que les économies demandées représenteraient une perte estimée à 14,4 millions d'euros en 2017 et à 17 millions en 2018. Sachant qu'entre 60 et 70 % des frais des hôpitaux du réseau sont des frais de personnel, chacun comprend qu'il faudra diminuer les emplois.

Lors de la manifestation du secteur non-marchand du 24 novembre 2016, les professionnels du monde hospitalier sont descendus dans la rue pour exprimer leurs inquiétudes. Déjà actuellement un *burn-out* sur 10 toucherait un professionnel du soin. Une étude à paraître du Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation sociale monterait que dans le secteur de la santé quatre travailleurs sur dix souffrent du stress “toujours” ou “la plupart du temps”. La ministre a-t-elle connaissance de cette analyse?

Les menaces sur l'emploi font craindre des surcharges de travail et une déshumanisation des soins. Dans tous les cas, le patient paiera, aussi.

Remboursements et médicaments

Est-il exact que la kinésithérapie ne sera plus remboursée pour la fibromyalgie à concurrence de 60 heures?

En ce qui concerne les mesures afférentes aux médicaments, l'intervenante relève ses difficultés à évaluer l'impact pour le patient. Des informations circulent dans la presse sur les spray nasaux, les maladies chroniques, la suppression du remboursement des grands conditionnements de certains antiulcéreux, des mesures toucheraient aussi les pansements actifs, acides, les péridurales, les anti-acides, des anti-inflammatoires, etc.

La ministre peut-elle fournir une liste complète des types de médicaments concernés par vos mesures d'économie? A-t-elle procédé à une étude d'impact de ces mesures sur l'addition restant à charge du patient? Solidaris estime que la facture annuelle du patient à la pharmacie augmentera d'au minimum 9 %. Qu'en pense la ministre?

Antibiotica

Met betrekking tot de antibiotica is de spreekster verheugd dat wordt ingegaan tegen de overconsumptie ervan, dat de zorgverleners worden gesensibiliseerd en dat enquêtes zullen worden uitgevoerd naar het voorschrijfgedrag, zowel in de thuissituatie, in het ziekenhuis als in het rusthuis.

Sensibiliseringscampagnes die zich tot het grote publiek richten, zouden daarentegen niet veel zoden aan de dijk brengen, integendeel; ze zouden de patiënt alleen maar sterken in zijn overtuiging dat de regering wil besparen ten koste van zijn gezondheid. De patiënt financieel bestraffen, is een *fausse bonne idée*. Het is niet de beslissing van de patiënt om ziek te worden, en hij beslist evenmin over de zorg die hij krijgt. De meest kwetsbare patiënten zullen het sterkst worden getroffen door een terugbetaling *a ratio* van 50 % in plaats van 75 %.

Verruiming van het voorschrijfpercentage van merkloze geneesmiddelen door huisartsen tot 60 %

Onderzoeker Paul Tulkens heeft er onlangs op gewezen dat nog steeds wordt getwijfeld aan de kwaliteit van de merkloze geneesmiddelen, die onvoldoende worden gecontroleerd. Bovendien wil elke producent er zoveel mogelijk van verkopen. De onderzoeker merkt op dat, op het moment dat de merkloze statines op de markt werden gebracht, de prijs ervan weliswaar twee- tot driemaal lager was, maar dat de verkoop tegelijk twee- tot driemaal toenam. De onderzoeker is verwonderd dat de minister niet veeleer die ongeziene consumptiestijging aanpakt.

De BVAS heeft er recent op gewezen dat zij niet akkoord gaat met het voorschrijven op stofnaam (en niet op merk) en dat de spoedartsen worden geconfronteerd met geïntoxiceerde patiënten die driemaal hetzelfde geneesmiddel hebben ingenomen, telkens met een andere naam. Klopt het dat het door het gedeeld farmaceutisch dossier niet mogelijk is onverenigbaarheden te controleren wanneer men te maken heeft met voorschriften op stofnaam?

Vermindering, en zelfs afschaffing, van de advieshonoraria voor apothekers

Als men de rol van de apothekers minimiseert door hun advieshonoraria te verminderen of zelfs af te schaffen, geeft men hen een slecht signaal inzake wat van hen wordt verwacht. Dat is geen goede zaak voor de patiënt, noch voor het volksgezondheidsbudget. De Algemene Pharmaceutische Bond geeft aan dat het advies van de apothekers dat budget 6 % aan besparingen oplevert.

Antibiotiques

En ce qui concerne les antibiotique, l'oratrice approuve la lutte contre la surconsommation, pour sensibiliser les prestataires de soins, et pour effectuer des enquêtes sur le comportement prescripteurs tant à domicile qu'à l'hôpital et en maisons de repos.

Les campagnes de sensibilisation auprès du grand public seraient par contre inefficaces. Elles conforteraient au contraire le patient dans l'idée que le gouvernement veut faire des économies au détriment de leur santé. Pénaliser financièrement le patient est une fausse bonne idée. Ce n'est pas lui qui décide d'être malade et ce n'est pas lui qui décide comment se soigner. C'est le patient le plus défavorisé qui sera le plus touché par un remboursement à raison de 75 % au lieu de 50 %.

Extension de la prescription de génériques à 60 % pour les généralistes

Comme l'a récemment rappelé le chercheur Paul Tulkens, il persiste un doute sur la qualité des génériques, qui sont insuffisamment contrôlés. De plus, chaque fabricant cherche à en vendre un maximum. Le chercheur a rappelé que quand les génériques de statines sont arrivés sur le marché, le prix a été divisé par deux ou trois; mais parallèlement on en a vendu deux ou trois fois plus. Ce chercheur s'étonne que la ministre ne s'attaque pas plutôt à cette explosion de consommation.

L'ABSyM a récemment rappelé son désaccord sur la prescription selon la substance (au lieu de la marque), et soutient que les urgentistes sont confrontés à des patients intoxiqués parce qu'ils ont pris trois fois le médicament sous un autre nom. Est-il exact que le dossier pharmaceutique partagé ne permet pas de contrôler les incompatibilités lorsqu'on a affaire à des prescriptions selon la substance?

Amputation et même suppression d'honoraires de conseil accordés aux pharmaciens

Minimiser le rôle des pharmaciens en amputant voire en supprimant les honoraires de conseil, c'est leur donner un mauvais signal à propos de ce que l'on attend d'eux. Ce n'est favorable ni aux patients, ni au budget de la santé publique. L'Association Pharmaceutique Belge avance une économie de 6 % du budget santé grâce au conseil des pharmaciens.

De adviserende taak van de apothekers, die optreden in “eerste lijn”, is nuttig en leidt tot een beter gebruik van de geneesmiddelen. Heeft de minister een kosten-batenanalyse van die maatregel gemaakt?

Medische beeldvorming

De spreekster vindt besparingen in de medische beeldvorming relevant. Welke methode zal worden gevolgd? Waarop zullen de besparingen betrekking hebben?

Voorts lijkt er een consensus te bestaan om niet langer een scanner én een NMR te doen voor de diagnose van één en hetzelfde medische probleem. In het belang van de patiënt zou de voorkeur moeten worden gegeven aan de NMR, dat geen stralingsonderzoek is zoals de onderzoeken met de scanner.

De wachttijden schommelen echter tussen 6 en 8 weken en kunnen zelfs langer worden nu voor een twintigtal toestellen in ons land geen erkenning is gegeven. Het is zeker niet aangeraden om niet-erkende machines te gebruiken, maar welke strategie moet dan gevolgd worden? In bepaalde gevallen vragen de artsen een scan indien de wachttijden te lang zijn, om later een NMR te doen om hun diagnose te verfijnen. Die vicieuze cirkel kan enkel worden doorbroken door een groter aantal NRM-machines.

De minister kondigt echter aan dat het machinepark op maat van de behoeften zal worden uitgebreid. Misschien kan nu al rekening worden gehouden met de bestaande behoefte aan NRM-machines om de wachttijden te beperken en het dubbele gebruik van scanner en NRM te voorkomen. Heeft de minister een kosten-batenanalyse van die maatregel gemaakt?

Alcoholplan en tabakplan

Andere leden hebben het gebrek aan ambitie dat het beleid kenmerkt, al uitgebreid in de verf gezet. Het onderwerp biedt nochtans ruimte voor besparingen. Het is jammer dat het overleg met de deelstaten over de instelling van een nationaal anti-alcoholactieplan mislukt is. De weigering van de minister om de verkoop van alcohol in nachtwinkels en benzinestations te beperken heeft zelfs voor verdeling in de meerderheidsrangen gezorgd.

Het gebrek aan maatregelen inzake marketing, reclame en prijsbeleid is laakbaar. Welk antwoord geeft de minister aan wie haar ervan verdenkt te gevoelig te zijn voor de lobbying van de betrokken sectoren? Zal de minister opnieuw de dialoog aanknopen met de deelstaten op basis van nieuwe principes?

La mission de conseil des pharmaciens “en première ligne” apporte beaucoup, à commencer un meilleur usage des médicaments. La ministre a-t-elle procédé à une analyse coût/rendement de cette mesure?

Imagerie médicale

L’objectif d’économies en imagerie médicale est pertinent, pour l’intervenante. Quelle sera la méthode suivie? Sur quoi vont porter les économies?

D’une part il semble y avoir un consensus pour éviter de faire un scanner et une IRM pour établir un seul et même problème médical. Du fait que les examens au scanner sont irradiants, dans l’intérêt du patient, il faudrait privilégier l’IRM.

Les délais d’attente varient toutefois entre 6 et 8 semaines, et risquent de s’allonger puisqu’une vingtaine de machines n’ont pas reçu d’agrément dans notre pays. Utiliser des machines non agréées n’est certes pas indiqué, mais quelle est alors la stratégie? Dans certains cas, s’il n’y a pas de délai suffisamment court, les médecins demanderaient un scanner et feraient une IRM plus tard pour affiner leur diagnostic. Ceci constituerait un cercle vicieux qui ne pourrait être rompu qu’en augmentant le nombre de machines IRM.

Or, la ministre annonce qu’une future extension sera exécutée en fonction des besoins. Pourquoi ne pas tenir compte des besoins en machines IRM dès aujourd’hui afin de réduire les délais d’attente et de ce fait éviter le double emploi scanner et diagnostic? La ministre a-t-elle procédé à une analyse coût/rendement de cette mesure?

Plan alcool et plan tabac

Le manque d’ambition de la politique a déjà été largement exprimé par d’autres membres. Pourtant, des économies pourraient être faites à ce niveau. L’échec de la concertation avec les entités fédérées en vue d’adopter un nouveau plan d’action national anti-alcool est regrettable. Le refus de la ministre de limiter la vente d’alcool dans les magasins de nuit et les pompes à essence a même divisé la majorité.

L’absence de mesure en matière de marketing et de publicité et de politique des prix est critiquable. Quelle est la réponse de la ministre à ceux qui la soupçonnent d’être trop sensible au lobbying exercé par les secteurs concernés? La ministre va-t-elle renouer le dialogue avec les entités fédérées en repartant sur de nouvelles bases?

Bloeddonaties door homoseksuele mannen

De spreekster voelt er zich ongemakkelijk bij dat homoseksuelen geen bloed mogen doneren indien ze in het afgelopen jaar seksuele betrekkingen met een andere man hebben gehad, met als argument dat alle seksuele betrekkingen tussen mannen riskant zijn. Het risico is echter niet groter dan bij verantwoorde heteroseksuele betrekkingen.

In plaats van doeltreffende detectietechnieken te gebruiken, stigmatiseert de minister homoseksuelen die een broodnodige daad van solidariteit willen stellen. Haar argumenten zijn niet overtuigend.

Controle op de afwezigheid wegens ziekte van federale ambtenaren

De controle op de afwezigheid wegens ziekte van federale ambtenaren (DOC 54 2110/017, blz. 78) is een stijgende uitgavenpost. De minister verwijst in de indicatoren onder andere naar de verlenging van de loopbanen en het risico op toenemend absentisme. Dit risico zal inderdaad blijven bestaan zolang het loopbaaneinde niet beter wordt beheerd, meer bepaald wat betreft het welzijn op het werk van oudere ambtenaren.

Werd de impactstudie van dit aspect georganiseerd voor alle werknemers, of louter voor de federale ambtenaren?

*
* *

Mevrouw Valerie Van Peel (N-VA) herinnert eraan dat haar fractie altijd voorstander is geweest van een uitbreiding van de derdebetalersregeling bij de huisarts om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te verbeteren. De uitbreiding moet gebeuren op basis van een grondige evaluatie van dit stelsel, om misbruik of overconsumptie op te sporen.

Wat het pact met de ziekenfondsen betreft, pleit de spreekster voor een betere afbakening van de prestaties in het kader van de aanvullende verzekeringen. Ze vraagt ook meer informatie over de akkoorden met de ziekenfondsen die bij de ziekenhuisstructuren betrokken zijn. Ze wil de relevantie bespreken van bepaalde instellingen (zoals het ziekenfonds van de NMBS). In verband met de samenwerking tussen de inspectiediensten en de gecontroleerde medewerkers van de ziekenfondsen, pleit het voorstel van resolutie ter bevordering van een grotere onafhankelijkheid voor de adviserend geneesheer (DOC 54 1882/001) ervoor hen onder te brengen bij het RIZIV, met het oog op een betere controle op

Don de sang des homosexuels

L'impossibilité pour les homosexuels de donner leur sang s'ils ont eu des relations avec un autre homme au cours de l'année qui précède met l'oratrice fort mal à l'aise, car cela laisse supposer que toutes les relations sexuelles entre les hommes sont risquées. Or ce n'est pas plus risqué que des relations hétérosexuelles responsables.

Au lieu d'organiser une détection au moyen de techniques efficaces, la ministre stigmatise les homosexuels qui veulent poser un acte de solidarité bien nécessaire, et les justifications données ne sont pas convaincantes.

Contrôle des absences maladie des fonctionnaires fédéraux

Le contrôle des absences maladie des fonctionnaires fédéraux (DOC 54 2110/017, p. 78) est un poste en augmentation. Dans les indicateurs, la ministre fait entre autres référence à l'allongement des carrières et au risque d'augmentation de l'absentisme. Tant que l'on n'aura pas géré les fins de carrière de manière plus performante – et notamment en ce qui concerne le bien-être des seniors au travail, ce risque va effectivement augmenter.

Cet aspect a-t-il fait l'objet d'une étude d'incidence pour l'ensemble des travailleurs, ou bien pour les fonctionnaires fédéraux uniquement?

*
* *

Mme Valerie Van Peel (N-VA) rappelle que son groupe a toujours été partisan d'une extension du système du tiers-payant pour le médecin généraliste afin de favoriser l'accès aux soins. Cela doit se faire sur la base d'une évaluation sérieuse de ce mécanisme, qui pourrait mettre en lumière des cas d'abus ou de surconsommation.

En ce qui concerne le pacte mutuelliste, l'oratrice plaide pour une meilleure délimitation des prestations dans le cadre des assurances complémentaires. Elle aimerait également davantage d'informations sur les accords relatifs aux mutuelles qui sont impliquées dans les structures hospitalières et souhaiterait que soit abordée la question de la pertinence de certaines institutions telles que la mutuelle de la SNCB. En ce qui concerne la coopération entre les services d'inspection et les collaborateurs contrôlés des mutuelles, la proposition de résolution visant à accroître l'indépendance du médecin-conseil (DOC 54 1882/001) plaide pour qu'ils relèvent de l'INAMI afin d'avoir un meilleur contrôle

artsen met een problematisch voorschrijfgedrag – een minderheid van de beroepsbeoefenaars.

Hoe zal rekening worden gehouden met het voorstel van resolutie over de administratieve kosten en het Rekenhof? *Quid* met de indexering van de administratieve kosten in verband met die doorlichting? Wat zal het tijdspad daarvan zijn?

Vervolgens vraagt mevrouw Van Peel welk standpunt de minister heeft ingenomen tijdens de interministeriële conferentie van 24 oktober 2016, die zich meer bepaald heeft gebogen over het vraagstuk van de injectiekamers, naar aanleiding van de verklaringen van Brussels minister-president Rudi Vervoort van 22 september 2016.

Het verheugt de spreekster dat de minister van Volksgezondheid met mevrouw Elke Sleurs, staatssecretaris voor Armoedebestrijding, Gelijke Kansen, Personen met een beperking, en Wetenschapsbeleid, belast met Grote Steden, toegevoegd aan de minister van Financiën, samenwerkt inzake het plan tegen intrafamiliaal geweld en gendergerelateerd geweld, met name inzake opleiding en gebruik van de seksuele-agressieset (SAS).

Kan de minister informatie geven over de concrete voorstellen die de Orde van Geneesheren voorbereidt op het vlak van opleidingen aangaande de deontologie? De spreekster herinnert eraan dat het tekort aan artsen in Wallonië strikt genomen niets te maken heeft met de door de Federale Staat bepaalde quota. Waar blijft het decreet van minister Jean-Claude Marcourt? De spreekster vreest dat dit decreet vertraging oploopt, waardoor het niet meer tijdig van toepassing zou kunnen zijn vóór de start van het academiejaar in september 2017. Zij pleit er dan ook voor dat de minister met die mogelijkheid rekening zou houden. Zij wenst meer uitleg over de wijze van berekening van het aantal buitenlandse studenten waarmee geen rekening zou worden gehouden (het overtal zou zodoende dalen van ongeveer 3 160 tot 1 355 studenten). Men moet er immers zeker van zijn dat zij werkelijk naar hun land terugkeren. Kan de minister eveneens een stand van zaken geven inzake de hervorming van de stages?

Voorts pleit mevrouw Van Peel ervoor dat beslissingen worden genomen inzake niet-planbare zorg, meer bepaald aangaande het lot van de spoeddiensten of de wachtdiensten die zouden moeten worden gesloten, zodat dit aspect vervolgens gewest per gewest kan worden onderzocht.

Daarnaast verheugt het de spreekster dat de minister een beslissing heeft genomen aangaande de bloedgift

des médecins qui ont des comportements abusifs en matière de prescriptions – qui constituent une minorité des praticiens.

Comment tiendra-t-on compte de la proposition de résolution sur les coûts administratifs et la Cour des comptes? Qu'en sera-t-il de l'indexation des frais administratifs liés à cet audit? Quel sera le calendrier suivi en la matière?

Mme Van Peel demande ensuite quelle position a prise la ministre lors de la conférence interministérielle du 24 octobre 2016, qui s'est notamment penchée sur la question des chambres d'injection suite aux déclarations du ministre-président bruxellois Rudi Vervoort du 22 septembre 2016.

L'oratrice se réjouit ensuite du fait que la ministre de la Santé collabore avec Mme Elke Sleurs, secrétaire d'État à la Lutte contre la pauvreté, à l'Égalité des chances, aux Personnes handicapées, et à la Politique scientifique, chargée des Grandes villes, adjointe au ministre des Finances, en matière de plan contre les violences intrafamiliales et liées au genre, notamment en matière de formation et d'utilisation du set d'agression sexuelle (SAS).

La ministre peut-elle donner des informations sur les propositions concrètes que prépare l'Ordre des médecins en matière de formations relatives à la déontologie? L'oratrice rappelle que la pénurie de médecins en Wallonie n'a strictement rien à voir avec les quotas fixés par l'État fédéral. Où en est le décret du ministre Jean-Claude Marcourt? Elle craint que celui-ci prenne du retard, ce qui empêcherait qu'il soit applicable au moment de la rentrée académique de septembre 2017. Elle plaide dès lors pour que la ministre tienne compte de cette éventualité. Elle aimerait plus d'informations sur le mode de calcul du nombre d'étudiants étrangers dont on ne tiendrait pas compte (le surnombre passerait ainsi d'environ 3 160 à 1 355 personnes). Il faut en effet que l'on soit sûr que ceux-ci retournent effectivement à l'étranger. La ministre peut-elle également donner l'état des lieux de la réforme des stages?

Mme Van Peel plaide ensuite pour que des décisions soient prises en matière de soins non planifiables, notamment en ce qui concerne le sort des services d'urgence ou de postes de garde qui devraient être fermés, afin que l'on puisse examiner ensuite cet aspect région par région.

L'oratrice se réjouit ensuite du fait que la ministre ait pris une décision en ce qui concerne le don de sang

door mannen die seksuele betrekkingen hebben met andere mannen (MSM), zodat rekening wordt gehouden met zowel de ongelijke behandeling waarvan die mannen het slachtoffer waren, als de wetenschappelijke onderzoeken naar de gezondheidsrisico's. Waarom werd als referentieperiode gekozen voor een abstinentietaid van twaalf maanden?

*
* *

Mevrouw Monica De Coninck (sp.a) is in de eerste plaats verheugd dat sommige beroepen niet langer mogen worden uitgeoefend buiten de ziekenhuisomgeving, teneinde te voorkomen dat her en der privéklinieken ontstaan die de meest lucratieve activiteiten aanbieden, en de zorgkwaliteit en -toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen.

Aangaande de hervorming van de ziekenhuizen betreurt de spreekster dat die plaatsvindt in een context waarin 100 miljoen euro moet worden bespaard, waardoor het gevaar dreigt dat niet constructief zal kunnen worden gewerkt en dat het vertrouwen tussen de diverse actoren niet zal kunnen worden hersteld. Voorts vreest zij dat uiteindelijk de patiënt de dupe zal zijn van de besparingen bij zowel de ziekenhuizen als inzake de artsenhonoraria, waar 60 miljoen euro zou worden bespaard (met andere woorden 42 % van de voor de ziekenhuisartsen vooropgestelde 150 miljoen euro aan besparingen). Aldus zal voor in totaal 160 miljoen euro worden bespaard ten koste van de patiënt.

Het kan gerechtvaardigd zijn bepaalde zorg die momenteel in het ziekenhuis wordt verstrekt, over te hevelen naar zorg aan huis of verloskundige zorg, maar dan moet worden voorzien in bijkomende middelen voor die sectoren en moet met de gemeenschappen overleg worden gepleegd. De vermindering van de A2-interest met 1 %, die dient voor bouwprojecten die uiteindelijk niet plaats zouden vinden, vertegenwoordigt ongeveer 15 miljoen euro. Dat staat echter haaks op het grootste waarschijnlijke bouwpercentage in de bestaande context van rationalisering. Op de onderzoeksperiodes zal 1,2 miljoen euro worden bespaard; zullen bepaalde projecten volledig worden geannuleerd, of zal deels worden bespaard op elk in uitzicht gesteld project?

Is er een schaalvoordeel of een beslissing die de afschaffing van lijn 900 binnen het gedeelte B1 van de begrote financiële middelen voor de aansprakelijkheid van de artsen rechtvaardigt? Zullen die laatste voortaan verplicht een eigen aansprakelijkheidsverzekering moeten sluiten?

par les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH) afin de tenir compte à la fois de la discrimination dont étaient victimes ces hommes mais également des études scientifiques portant sur les risques sanitaires. Pourquoi avoir pris comme période de référence une durée de 12 mois d'abstinence?

*
* *

Mme Monica De Coninck (sp.a) se réjouit tout d'abord du fait que certaines professions ne puissent être exercées en-dehors du milieu hospitalier afin d'éviter le développement de cliniques privées rassemblant les activités les plus lucratives et ainsi garantir la qualité et l'accès aux soins pour tous.

En ce qui concerne la réforme des hôpitaux, l'oratrice regrette que celle-ci ait lieu dans un contexte d'économies de 100 millions d'euros, qui risque de ne pas permettre de travailler de manière constructive et d'établir la confiance entre les différents acteurs. Elle craint par ailleurs que ce soit le patient qui soit finalement victime des économies tant en matière hospitalière qu'en ce qui concerne les honoraires des médecins, où 60 millions d'euros seraient économisés (soit 42 % des 150 millions d'euros d'économies prévues pour les médecins en hôpital). Un montant total de 160 millions d'euros sera ainsi économisé au détriment du patient.

Le transfert de certains soins actuellement traités en hôpitaux en soins à domicile ou obstétriques peut se justifier mais doit être accompagnée de moyens supplémentaires pour ces secteurs et être prévue en concertation avec les Communautés. La diminution d'1 % des intérêts A2, qui servent pour des projets de construction qui n'auraient finalement pas lieu, représente environ 15 millions d'euros. Or, cela va à l'encontre du plus grand taux de construction probable dans le contexte actuel de rationalisation. 1,2 million d'euros seront épargnés sur les périodes d'études. Y a-t-il des projets qui seront totalement annulés ou prévoit-on d'annuler une part de chaque projet prévu?

Y a-t-il une économie d'échelle ou une décision qui justifie la suppression de la ligne 900 au sein de la partie B1 du budget des moyens financiers relative à la responsabilité des médecins? Ceux-ci devront-ils désormais prévoir une assurance personnelle en matière de responsabilité?

Heeft de afschaffing van lijn 700 binnen het gedeelte B2 inzake de supplementen voor de actieve verbanden betrekking op de pijnstillers? Wie zal dat voortaan betalen? Gaat het om producten die niet meer worden gebruikt of die geen medisch nut meer hebben? In welk scenario is overigens voorzien voor de 4 000 bedden die zouden moeten verdwijnen binnen B2 omdat ze niet langer gerechtvaardigd zijn?

De bijscholingspremies, waarvoor voorzien is in 10 % bezuinigingen ten bedrage van 10 miljoen euro, dienden hoofdzakelijk om het personeel aan de slag te houden door het met name toe te staan naar andere sectoren te worden overgeheveld. De spreekster vraagt zich af of dienaangaande daadwerkelijk besparingen zullen kunnen worden doorgevoerd aangezien sommige ziekenhuizen een proactieve houding zullen aannemen en talrijke dossiers zullen indienen.

Voorts vraagt zij zich af op welke grondslag ervoor zal worden gekozen bepaalde diensten te sluiten of de erelonen te verlagen: op basis van het netwerk of van een raming? Hoe vallen overigens de budgetverminderingen te verklaren inzake de compensaties voor het loontrekkend personeel in de universitaire diensten en in de openbare ziekenhuizen?

Vervolgens vraagt mevrouw De Coninck of de netwerken, in aanvulling op de al geplande mogelijkheden voor fusies, groeperingen en verenigingen, een nieuwe organisatorische rechtsvorm zullen uitmaken. Indien zulks nodig blijkt, dan zal dat systeem spoedig moeten worden uitgewerkt zo men die taak in de loop van deze regeerperiode wil kunnen voltooien. Wat zal er gebeuren in verband met de geografische spreiding? Hoe zal worden voorzien in centrale *monitorings*systemen voor de vroedvrouwen, waarvan de financiering in hun erelonen is opgenomen? Werden er andere financieringsbronnen overwogen?

Kan de minister uitleggen aan welke projecten in 2017 zal worden gewerkt op het stuk van *e-health*? Volgens mevrouw De Coninck zijn de in de beleidsnota opgesomde projecten (blz. 76) immers al aan de gang. Ten slotte hoopt de spreekster dat de Orde der artsen meer zal worden geresponsabiliseerd inzake abusief voorschrijfsdrag.

*
* *

Mevrouw Renate Hufkens (N-VA) herinnert aan de vele uitdagingen waaraan de geestelijke-gezondheidszorg het hoofd moet bieden. Dienaangaande werd veel vooruitgang geboekt, met name in verband met jongeren en kinderen en met de erkenning van de beroepen in

La suppression de la ligne 700 au sein de la partie B2 relative aux suppléments sur les pansements actifs concerne-t-elle les antidouleurs? Qui paiera cela désormais? S'agit-il de produits qui ne sont plus utilisés ou qui n'ont pas d'intérêt médical? Quel est par ailleurs le scénario prévu en ce qui concerne les 4000 lits qui devraient disparaître au sein de B2 parce qu'ils ne sont pas justifiés?

Les primes de recyclage, pour lesquels on prévoit 10 % d'économies pour un montant de 10 millions d'euros, servaient principalement à maintenir du personnel en activité en lui permettant notamment de pouvoir être transféré dans d'autres secteurs. L'oratrice se demande si des économies pourront bel et bien être faites dans ce domaine étant donné le fait que certains hôpitaux vont adopter une attitude proactive et introduire de nombreux dossiers.

Elle se demande également sur quelle base on choisira de fermer certains services ou de diminution des honoraires: sur la base du réseau ou d'une estimation? Comment explique-t-on également les diminutions de budgets dans les compensations pour le personnel salarié dans les services universitaires et les hôpitaux publics?

Mme De Coninck demande ensuite si les réseaux, qui s'ajoutent aux possibilités de fusions, de groupements et d'associations déjà prévues, constitueront une nouvelle forme juridique d'organisation? Si cela s'avère nécessaire, il faudra rapidement mettre ce système au point si l'on veut pouvoir parachever cette tâche au cours de cette législature. Qu'en sera-t-il au niveau de la répartition géographique? Comment prévoira-t-on des systèmes centraux de monitoring pour les sages-femmes, dont le financement est compris dans leurs honoraires? D'autres sources de financement ont-elles été envisagées?

La ministre peut-elle expliquer quels seront les projets auxquels on travaillera en 2017 en matière d'e-santé? Mme De Coninck estime en effet que les chantiers qui sont listés dans la note de politique générale (p. 76) sont déjà en cours. Enfin, l'oratrice espère que l'Ordre des médecins sera davantage responsabilisé en matière de prescription abusive.

*
* *

Mme Renate Hufkens (N-VA) rappelle les nombreux défis auxquels doit faire face le secteur de la santé mentale. De nombreux progrès ont été faits en la matière, notamment en ce qui concerne les jeunes et les enfants et la reconnaissance des métiers de ce secteur. L'article

die sector. Er moet worden gewezen op artikel 107 en op de mobiele teams, alsook op maatregelen zoals de herverdeling van middelen; voorts is er het overleg dat met de Interministeriële Conferentie werd gepleegd. Niettemin blijven er nog financieringsproblemen bestaan in de psychiatrie.

Welke stappen zullen worden ondernomen om de in de beleidsnota aangegeven grijze zones (blz. 52) weg te werken? Wanneer zullen de vooralsnog noodzakelijke koninklijke uitvoeringsbesluiten worden uitgevaardigd, met name in verband met de oprichting in 2017 van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgbe-roepen, waarvan de erkenning en de terugbetaling van de psychologische diensten afhangen? Hoe staat het met die terugbetalingen?

Zal, aangaande het beleid inzake psychotrope mid-delen, de opleiding waarnaar de beleidsnota verwijst daadwerkelijk in 2017 worden opgestart, en wat wordt daarvan het toepassingsgebied? Zal die alleen betrek-king hebben op de verhouding tussen de arts en de patiënt, of ook op de onderlinge verhoudingen tussen artsen?

Welke stadia zijn ten slotte in verband met het alco-holplan gepland, en binnen welke termijn zal een en ander plaatsvinden?

*
* *

De heer Alain Mathot (PS) vindt het plan van de regering, dat het plan van haar belangrijkste Vlaamse partij volgt, duidelijk: het gezondheidszorgbudget te-rugschroeven. Dat ultraliberale plan verontrust het lid sterk. De spreker herinnert eraan dat de kosten voor gezondheidszorg in België aanmerkelijk lager liggen dan in de Verenigde Staten, terwijl de dekkinggraad aanzienlijk groter is. Het Belgisch systeem is een na te volgen voorbeeld.

Niet iedereen herkent zich in het standpunt van de fractie waartoe de heer Thiéry behoort en op de wijze zoals laatstgenoemd lid het verwoordt. Het streven van de vorige regering, en in het bijzonder van de toenma-lige minister van Volksgezondheid, bestond erin alleen te bezuinigen op voorwaarde dat de opbrengst ervan werd geherinvesteerd. De huidige regering volgt louter en alleen een budgettaire logica. Gezondheid blijft een essentieel, onontbeerlijk element.

De door de regering geplande besparingen zullen bijzonder funeste gevolgen hebben voor de ziekenhuis-instellingen. De eerste door de instellingen verrichte

107 et les équipes mobiles, ainsi que des mesures telles que la réallocation des moyens ont été prises et la concertation avec la Conférence interministérielle a également eu lieu. Il reste cependant des problèmes de financement de la psychiatrie.

Quelles démarches seront-elles prises pour sup-primer les zones d'ombres évoquées dans la note de politique générale (p. 52)? Quand seront pris les arrêtés royaux d'exécution encore nécessaires, notamment en ce qui concerne la création en 2017 du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, dont dépend la reconnaissance et le remboursement des services psychologiques? Qu'en sera-t-il de ces remboursements?

En ce qui concerne la politique en matière de psy-chotropes, la formation à laquelle la note de politique générale fait référence sera-t-elle effectivement lan-cée en 2017 et quel en sera le champ d'application? Concernera-t-elle uniquement la relation entre médecin et patient ou également entre médecins?

Enfin, en ce qui concerne le plan alcool, quelles étapes sont prévues et dans quel délai?

*
* *

M. Alain Mathot (PS) estime que le schéma du gou-vernement, qui suit celui de son principal parti flamand, est clair: diminuer le budget des soins de santé. Ce schéma ultralibéral inquiète sérieusement le membre. Celui-ci rappelle que le coût des soins de santé est nettement moindre en Belgique qu'aux États-Unis, alors que le taux de couverture est nettement supérieur. Le système belge est un modèle à suivre.

Tout le monde ne se reconnaît pas dans la position du groupe auquel M. Thiéry appartient, telle que l'auteur l'exprime. La volonté du précédent gouvernement, et spécialement de la ministre de la Santé publique d'alors, consistait à ne faire des économies qu'à la condition de réinjecter leur produit. Le gouvernement actuel ne poursuit qu'un schéma budgétaire pur et simple. La santé reste un élément fondamental dont on ne peut se passer.

Les économies projetées par le gouvernement auront des conséquences singulièrement néfastes pour les établissements hospitaliers. Les premières estimations

ramingen komen uit op drastisch lagere inkomsten. Voor dergelijke aderlatingen zijn er niet oneindig veel oplossingen. De verstrekte dienstverlening zal moeten worden verminderd, en met name zullen banen moeten worden geschrapt. De spreker vindt dit uitermate betreurenswaardig.

Zal het vraagstuk van de financiering van de spoed-diensten volledig in de hervorming van de ziekenhuis-financiering worden opgenomen? Naar verluidt zou 40 % van de factureringen van de spoeddiensten niet met de werkelijkheid stroken. Het huidige financierings-systeem zet de diensten er immers toe aan te veel te verbruiken, alsook onverantwoorde handelingen te duur aan te rekenen; de redenen daarvoor zijn de wankelende financiële toestand van sommige ziekenhuizen en de chronische onderfinanciering. Overweegt de minister een hervorming van die financiering die geïntegreerd en forfaitair is en op de verantwoorde activiteit in elke dienst berust?

Onlangs heeft het Federaal Expertisecentrum Gezondheidszorg een rapport gepubliceerd over de organisatie en de financiering van de spoeddiensten in ons land. Daarin beveelt het aan het aantal spoed-diensten te verminderen en in de ziekenhuisvestigingen, naast de spoeddiensten, huisartsenwachtposten onder te brengen.

Leverd het rapport van het Centrum bewijzen voor een beter aanbod aan niet te plannen en minder dure gezondheidszorg in de onderzochte en met België vergeleken landen? Zijn er studies waaruit blijkt dat het verminderen van het aantal hulpdiensten een vermindering met zich brengt van de behoefte aan toegang tot die diensten? Vindt de minister dat het aanbod aan huisartsenpraktijk in België, en vooral in het zuiden van het land, voldoende zal zijn om een dergelijk scenario uit te voeren? Is de minister van plan de aanbevelingen van het Centrum uit te voeren?

De hervorming van de ziekenhuisfinanciering biedt de gelegenheid om het debat over de ereloonsupplementen – meer bepaald bij eenpersoonkamers – een nieuwe impuls te geven, maar ook over het aspect transparantie. Een onderfinanciering van de ziekenhuissector leidt onoverkomelijk tot een afwenteling van de kosten op de patiënt. Het vraagstuk van de supplementen lijkt in het kader van die hervorming echter niet op de agenda te staan. Is dat zo?

Om rekening te houden met de sociale factoren in de ziekenhuisfinanciering (onderdeel B8 van de BFM) is een budget bestemd als tegemoetkoming voor de extra lasten van ziekenhuizen met vooral sociaal zwakkere patiënten – dat is meer bepaald het geval voor

auxquelles ces établissements procèdent aboutissent à des rentrées particulièrement moindres. Or, face à de telles ponctions, il n'existe pas une infinité de formules. Il faudra diminuer le service rendu et procéder notamment à des suppressions d'emplois. L'orateur le déplore fermement.

La question du financement des services d'urgences sera-t-elle pleinement intégrée à la réforme du financement hospitalier? Selon une enquête de l'INAMI, 40 % des facturations des services d'urgences ne correspondraient pas à la réalité. En effet, le système de financement actuel incite les services à surconsommer, surfacturer des actes injustifiés – raison de la santé fragile de certains hôpitaux et d'un sous-financement chronique. La ministre envisage-t-elle une réforme de ce financement, qui soit intégré, forfaitaire et fondé sur l'activité justifiée dans chaque service?

Récemment, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a publié un rapport sur l'organisation et le financement des services d'urgences dans notre pays. Il y recommande de diminuer le nombre de service d'urgence et d'héberger sur les sites hospitaliers, à côté des services d'urgence, des permanences de médecine générale.

Le rapport du Centre fournit-il des preuves d'une meilleure offre de soins non planifiables et moins coûteuses dans les pays examinés et comparés à la Belgique? Existe-t-il des études prouvant que la réduction du nombre de services d'urgences entraîne une réduction du besoin d'accès à ces services? La ministre estime-t-elle que l'offre de médecine générale en Belgique, et particulièrement au Sud du pays, sera suffisante pour mettre en place un tel scénario? La ministre compte-t-elle mettre en œuvre les recommandations émises par le Centre?

La réforme du financement hospitalier fournit l'occasion de relancer le débat sur les suppléments d'honoraires – notamment en chambre particulière – mais également sur la question de leur transparence. Un sous-financement du secteur hospitalier entraîne inmanquablement un report des coûts sur le patient. Pourtant, la question de ce supplément ne semble pas être à l'ordre du jour dans le cadre de cette réforme. Qu'en est-il?

La prise en compte des facteurs sociaux dans le financement hospitalier (sous-partie du B8 du BMF) concerne un budget visant à intervenir dans les charges supplémentaires supportées par les hôpitaux – c'est le cas notamment de certains hôpitaux bruxellois – qui

sommige Brusselse ziekenhuizen. De enveloppe wordt thans onder de ziekenhuizen verdeeld. De opgelegde besparingen zetten de financiering al onder druk. Waarin is er voorzien om te voorkomen dat patiënten worden geselecteerd, meer in het bijzonder de sociaaleconomisch achtergestelde patiënten?

Hoe zit het met het deel van het BMF ter financiering van de specifieke kosten op het gebied van het klinisch onderwijs, het toegepast wetenschappelijk onderzoek en de ontwikkeling van nieuwe technologieën? Dat deel betreft de ziekenhuizen die niet in aanmerking komen voor B7A (universitaire ziekenhuizen), maar die voldoen aan een reeks voorwaarden. De jaarbedragen zijn 9,2 miljoen euro voor Brussel, 7,8 miljoen euro voor het Waals Gewest en 3,7 miljoen euro voor Vlaanderen. Die financiering zou kunnen verdwijnen. Er zou alleen zijn voorzien in een compenserende enveloppe van 10 miljoen euro: die compensatie lijkt de spreker onvoldoende in het licht van de verloren bedragen.

Wat de niet te plannen zorg betreft, en dan in het bijzonder de dringende geneeskundige hulpverlening (DGH), verklaart de minister dat ze die hervorming in 2017 wil voortzetten. De DGH beantwoordt aan het principe van de zo spoedig mogelijke adequate hulp en er is geenszins sprake van die op de helling te zetten. Hoewel er recent 12 miljoen is vrijgemaakt, blijft de financiering van de DGH in België echter heel precair, terwijl die in sommige andere landen voor de patiënten geheel of bijna geheel gratis is.

Wat zal er in de toekomst met betrekking tot de programmering en de financiering van die dienstverlening worden? Heeft de minister het advies van de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening ontvangen? Waar is die voorstander van? Is er in dat kader al contact opgenomen met de minister van Binnenlandse Zaken?

*
* *

De interesse van mevrouw *Els Van Hoof* (CD&V) gaat in de eerste plaats naar het plan "Geïntegreerde Zorg voor Chronisch Zieken". Het is belangrijk dat dit tot stand komt, gelet op het toenemende aantal chronische patiënten. Er zijn daarover werkzaamheden aan de gang bij de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. De spreker merkt een transformatie in de zin van meer acute zorg en "*Chronic Disease Management*". Er wordt voorgesteld om twintig "pilotprojecten" te behouden. Is er een evaluatie gepland?

De spreker vindt de situatie in verband met de zeldzame chronische ziekten nog weinig duidelijk. Bij

concentreren een patiëntèle socialement défavorisée. L'enveloppe est actuellement répartie entre les hôpitaux. Les économies imposées au secteur mettent déjà la pression sur ce financement. Qu'est-ce qui est prévu pour éviter la sélection des patients, en particulier des patients socio-économiquement défavorisés?

Qu'en est-il de la partie du BMF qui finance "les coûts spécifiques liés à l'enseignement clinique, la recherche scientifique, la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies"? Cette partie concerne les hôpitaux qui ne bénéficient pas du B7a (hôpitaux académiques) mais qui répondent à une série de conditions. Les montants annuels sont de 9,2 millions pour Bruxelles, 7,8 millions pour la Région wallonne et 3,7 millions pour la Flandre. Ce financement pourrait disparaître. Seule une enveloppe compensatoire de 10 millions d'euros serait prévue: cette compensation semble au membre insuffisante au regard des sommes perdues.

Concernant les soins non planifiables et en particulier l'aide médicale urgente (AMU), la ministre dit vouloir poursuivre cette réforme en 2017. L'AMU répond au principe d'aide adéquate la plus rapide et il n'est nullement question de remettre cela en cause. Mais bien que 12 millions d'euros aient été dégagés récemment, le financement de l'AMU reste très précaire en Belgique alors que, dans certains autres pays, l'aide médicale urgente y est totalement ou quasiment totalement gratuite pour les patients.

Qu'en sera-t-il en termes de programmation et de financement de ces services à l'avenir? La ministre a-t-elle reçu l'avis du Conseil national de l'aide médicale d'urgence? Que préconise-t-il? Des contacts avec le ministre de l'Intérieur ont-ils déjà été pris dans ce cadre?

*
* *

Mme *Els Van Hoof* (CD&V) s'intéresse d'abord au plan soins intégrés pour les malades chroniques. Il est important que ce plan soit établi, vu l'augmentation du nombre de malades chroniques. Un travail a lieu en Conférence interministérielle de la Santé publique sur le sujet. Une transformation est notée vers plus de soins aigus et le "*Chronic Disease Management*". Il est proposé de retenir 20 projets-pilotes. Une évaluation est-elle prévue?

L'oratrice estime que la situation en ce qui concerne les maladies chroniques rares est encore peu claire. Une

de sector leeft de vraag naar meer transversale acties, waarmee men de krachten kan bundelen. De diabetes-sector zal de minister een plan voorstellen. Is het niet mogelijk die benadering aan te passen?

In verband met de palliatieve zorg heeft de Kamer een resolutie en een wet aangenomen. De minister kondigt aan dat zij de PICT-studie verder zal blijven analyseren en therapeutische hardnekkigheid zal bestrijden. Hoe evalueert de minister de behoefteninventaris van de palliatieve patiënten? Denkt de minister aan een palliatief forfait en aan thuiszorg?

Dit domein heeft banden met de aangekondigde hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de vervanging van koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dienstverlening zonder therapeutische of diagnostische doeleinden is nu beperkt tot begeleiding bij het levenseinde. De vraag is of de overeenkomstige bedden aldus zijn beperkt tot comfortzorg en of de arts exclusief bevoegd is. De begeleiding moet multidisciplinair zijn, conform de onlangs aangenomen wet. Zal de wetgeving inzake palliatieve zorg weerklank vinden in de voornoemde wet van 10 mei 2015?

De minister kondigt aan dat zij bereid is op het gebied van de strijd tegen de genitale verminking van vrouwen te blijven werken met de bestaande diensten, en om de middelen te concentreren in de drie belangrijkste steden, namelijk Antwerpen, Luik en Brussel. In het kader van de migratie doen bepaalde culturele tradities hun intrede in België en het zou wenselijk zijn de nadere registratieregels te herzien. Dat zou een taak kunnen zijn voor de grote ziekenhuizen, die over gynaecologische diensten beschikken.

De apothekers zijn bezorgd. De minister is met hen besprekingen aangegaan met het oog op een meerjarige pact. Zij moeten immers worden gerustgesteld wat bijvoorbeeld de vestigingsregels betreft. Het thema thuisverpleging moet worden aangepakt. Evolueert men met betrekking tot het voorschrijven van de goedkoopste geneesmiddelen naar aanpassingen in de zin van een controle van het medicatieschema?

*
* *

Voorzitter Muriel Gerken vraagt in de eerste plaats toelichting bij de groeinorm voor 2017. Die groeinorm zou 0,5 % bedragen. Volstaat dit om de toenemende behoeften voor het komende begrotingsjaar te dekken? In hoeverre is die norm noodzakelijk om het

demande du secteur existe pour plus travailler avec des actions transversales, qui permettent de regrouper les forces. Le secteur des diabétiques proposera à la ministre un plan. L'approche ne pourrait-elle être adaptée?

En ce qui concerne les soins palliatifs, la Chambre a adopté une résolution et une loi. La ministre annonce qu'elle continuera à analyser l'étude PICT et qu'elle combattra l'acharnement thérapeutique. Quelle est l'évaluation de la ministre de l'inventaire des besoins des patients palliatifs? La ministre pense-t-elle au forfait palliatif et aux soins à domicile?

Ce domaine présente des liens avec la réforme annoncée de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, qui remplace l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Des services sans objectif thérapeutique ou diagnostique sont actuellement limités à l'accompagnement en fin de vie. La question est de savoir si les lits correspondants sont ainsi limités aux soins de confort et si le médecin est compétent de manière exclusive. L'accompagnement doit être multidisciplinaire, conformément à la loi récemment adoptée. La législation sur les soins palliatifs trouvera-t-elle une traduction dans la loi précitée du 10 mai 2015?

La ministre annonce sa volonté de continuer à travailler avec les services existants dans le domaine de la lutte contre les mutilations génitales, et de concentrer les moyens dans les trois grandes villes que sont Liège, Bruxelles et Anvers. Dans le cadre de la migration, des traditions culturelles arrivent en Belgique et il serait opportun de revoir les modalités d'enregistrement. Les grands hôpitaux qui disposent de services de gynécologie pourraient s'en charger.

Les pharmaciens expriment leur préoccupation. La ministre engage avec eux les discussions pour un pacte pluriannuel. Il convient en effet de les rassurer pour ce qui concerne les modalités d'établissement par exemple. Le thème des infirmiers à domicile doit être abordé. Se dirige-t-on vers des adaptations vers le contrôle du schéma médical pour ce qui concerne la prescription des médicaments les moins chers?

*
* *

Mme Muriel Gerken, présidente, demande d'abord une clarification sur la norme de croissance pour 2017. Celle-ci serait fixée à 0,5 %. Est-elle suffisante pour prendre en charge la croissance des besoins pour l'année budgétaire prochaine? En quoi cette norme

begrotingsevenwicht te bereiken? Is het de enige begrotingsdoelstelling, die los staat van de beleidslijnen inzake volksgezondheid?

In 2014 had de minister het over een jaarlijkse groeinorm van 1,5 %. Uit alle onderzoeken blijkt dat er een groei van 2,2 % nodig is om tegemoet te komen aan de evolutie van de bevolking en van de noden. Nu stelt ze een groeinorm van 0,5 % voor.

De spreekster was aangenaam verrast door de passages over preventie in de beleidsnota van de minister. Het is immers belangrijk dat de alomvattende benadering van de patiënt informatie bevat over diens leefomgeving en leefgewoonten. Het stemt haar tevreden dat de minister zich niet tot een louter curatieve benadering beperkt. Toch gaan die elementen nog niet ver genoeg, want nog niet alle worden uitsluitend verantwoord door de eisen inzake volksgezondheid.

Bepaalde bevolkingsgroepen lopen meer risico voor bepaalde overdraagbare ziekten. De spreekster verwelkomt bepaalde maatregelen, zoals de opsporing die uit de medische sfeer gehaald wordt. Net als andere leden vraagt ze naar een mogelijke terugbetaling van *pre-exposure prophylaxis*. Kan deze terugbetaling in overweging worden genomen? Wat is de minister van plan te doen inzake de HPV-vaccinatie voor mannen?

Des spreekster is verbaasd dat de minister terugkrabbelt wat de verdeling van jodiumpillen onder de bevolking betreft. Het zou alleen gaan om de prioritaire doelgroepen, kinderen en vrouwen. Er zal een nieuw omvattend plan worden uitgewerkt. De vraag rijst hoe de gezondheidsdiensten de zorg en andere functies, ook wanneer ze niet problematisch zijn, zullen aanpakken. De beleidsnota's betreffende Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken vermelden hierover niets. Het nieuw plan is nochtans aangekondigd sinds 2015.

In de beleidsnota staat de patiënt centraal. Daartoe wordt beoogd zijn capaciteiten te versterken, rekening te houden met zijn wensen en inspiratie te putten uit de goede praktijken. Voor het eerst wordt er ook aan gedacht de behoeften te analyseren en een studie uit te voeren over de determinerende factoren op gezondheidsvlak. Deze eerste stap in de goede richting komt rijkelijk laat. Alvorens de resultaten van die studie bekend zijn, mogen de reorganisatiemaatregelen niet in strijd zijn met de bekommelingen omtrent de sociaal-economische determinanten. Een moratorium voor de wijkgezondheidscentra is nadelig voor de kwetsbaarste bevolkingsgroepen.

est-elle nécessaire pour atteindre l'équilibre budgétaire? L'objectif budgétaire, déconnecté des politiques de santé, est-il le seul?

La ministre avait annoncé en 2014 une norme de croissance annuelle de 1,5 %. Toutes les études démontrent qu'il faut une croissance de 2,2 % pour rencontrer l'évolution de la population et des besoins. Aujourd'hui, elle propose 0,5 %.

L'oratrice a été agréablement surprise de lire dans la note de politique générale de la ministre des passages relatifs à la prévention. Il importe en effet d'intégrer dans l'approche globale des patients, les éléments relatifs à leurs milieux de vie et habitudes de vie. Ces éléments la réjouissent car la ministre s'écarte d'une vision purement curative. Ils sont toutefois encore insuffisants, car ils ne sont pas encore tous justifiés exclusivement par l'impératif de la santé publique.

Des populations sont plus à risques pour certaines maladies transmissibles. L'oratrice apprécie les mesures telles que le dépistage démedicalisé. Avec d'autres membres, elle s'interroge toutefois sur la possibilité de prévoir le remboursement de la prophylaxie pré-exposition. Ce remboursement est-il envisageable? De même, quelles sont les intentions de la ministre concernant la vaccination des hommes contre le HPV?

L'oratrice s'étonne par contre du recul de la ministre en ce qui concerne la distribution des pilules d'iode parmi la population. Uniquement les populations prioritaires, enfants et femmes enceintes, seraient visées. Un nouveau plan global sera mis en place. La question reste de savoir comment les services de soins assumeront la prise en charge des soins et d'autres fonctions, tout en n'étant pas déstructurées. Les notes de politique générale afférentes à la Santé publique et à l'Intérieur ne contiennent aucun élément sur ces questions. Le nouveau plan est cependant annoncé depuis 2015.

La note de politique générale affirme placer le patient au centre des préoccupations. Pour ce faire, il est envisagé de renforcer ses capacités, de tenir compte de ses demandes et de se laisser inspirer par les bonnes pratiques. Pour la première fois, il est envisagé aussi d'analyser les besoins et de demander une étude sur les déterminants de la santé. Ce premier pas dans la bonne direction arrive bien tard. Avant les résultats de cette étude, des mesures de réorganisation ne peuvent pas aller à l'encontre des préoccupations sur les déterminants socioéconomiques. Un moratoire sur les maisons médicales porte ainsi préjudice aux populations les plus faibles.

De spreekster heeft al verscheidene keren haar bezorgdheid geuit over de sector van de geestelijke gezondheidszorg in het algemeen, en over de hervorming van de “artikel 107”-projecten in het bijzonder. In het werkveld blijkt dat de hervorming steeds met een korter wordende duur wordt georganiseerd, zowel op het niveau van de mobiele teams als van de centra voor revalidatie. De veldwerkers concluderen dat de eerste lijn als referentie geldt voor de duur van de betrokken bevolkingsgroepen, maar dat ze onvoldoende in de hervorming is opgenomen. Er moet een planning van het aanbod worden uitgewerkt en een kadaster opgesteld, die het nut van de eerste lijn in rekening brengen op territoriale basis, om duidelijk te kunnen bepalen aan welke behoeften wordt voldaan en aan welke niet, alsook om de wisselwerking tussen de gezondheidswerkers in kaart te brengen.

De spreekster heeft kritiek op het ongepaste gebruik van de argumenten uit de *evidence-based medicine*. Er heerst verwarring tussen die geneeskunde en de wijze waarop de praktijken en hun impact worden beoordeeld. Zo wordt niet langer ingezet op een echte pluridisciplinaire reflectie, waarbij gezocht wordt naar de goede praktijken, ook voor atypische patiënten. Deze patiënten lopen een groot risico te worden uitgesloten van de vooraf uitgestippelde zorgtrajecten.

In de beleidsnota wordt aangekondigd dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zal worden belast met een studie over die praktijken. Hoe staat het daarmee? Deze studie zou een nieuw licht kunnen werpen op de atypische patiënten. Is de opzet van het onderzoek daartoe voldoende soepel?

Dezelfde vragen zijn van toepassing wat de ziekenhuisstructuren en de netten betreft. De spreekster heeft in dit verband vragen bij de coördinatiefunctie. Dit aspect verontrust haar ook in het kader van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, die het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen vervangt. Er is immers sprake van gegroepeerde prestaties voor dezelfde patiënt, zonder dat, naast de verantwoordelijkheid van de patiënt, uitdrukkelijk op de nood aan coördinatie wordt gewezen. Dat geldt ook voor de gevallen waarin extramurale gezondheidszorg vereist is nadat de patiënt het ziekenhuis heeft verlaten en als aanvulling op ambulante zorg. Als de patiënt of diens familie niet bij machte is die zorgverlening te coördineren, is er een groot risico dat hij de kwaliteit van die zorg verliest, tenzij het in de bedoeling ligt besparingen te verwezenlijken. Een onvoldoende winstmarge mag geen weigering om tussen te komen rechtvaardigen. Het bedrag van 40 miljoen euro dat voor de intensieve

L'intervenante a déjà plusieurs fois exprimé ses préoccupations dans le domaine des soins de santé mentale, en général, et sur la réforme des projets “article 107”, en particulier. Il ressort du terrain que la réforme est organisée avec une temporalité de plus en plus courte, aussi au niveau des équipes mobiles et des centres de réadaptation fonctionnelle. La conclusion du terrain est que la première ligne est le référent sur la durée des populations concernées, mais qu'elle n'est pas suffisamment intégrée dans la réforme. Il faudrait opérer une planification de l'offre et effectuer un cadastre, qui prendrait en compte l'utilité de la première ligne sur base territoriale afin de bien identifier les besoins couverts et non couverts et les interrelations entre professionnels de la santé.

L'intervenante critique l'usage indu des arguments tirés de la médecine fondée sur les preuves. Une confusion est opérée entre cette médecine et la manière d'évaluer les pratiques et leurs impacts. Ainsi est abandonnée une vraie réflexion pluridisciplinaire, qui recherche les bonnes pratiques y compris pour les patients atypiques. Les risques d'exclusion de ces patients des parcours de soins prédéfinis sont importants.

La note de politique générale annonce la demande d'une étude clinique par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé sur les pratiques. Qu'en est-il? Cette étude pourrait apporter des éclairages nouveaux sur les patients atypiques. Les modalités de la recherche montreront-elles suffisamment de souplesse à cet effet?

Le même type de questions se pose en ce qui concerne les structures hospitalières et les réseaux. L'intervenante fait part de ses appréhensions, à cet égard, concernant la fonction de coordination. Cette dimension l'inquiète aussi dans le cadre de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, remplaçant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Il y est en effet question de prestations groupées effectuées pour un même patient, sans que la nécessité d'une coordination ne soit explicitée en dehors de la responsabilité du patient. Il en va de même dans le développement de soins extra hospitaliers en prolongement de soins hospitaliers et en complémentarité avec des prestations ambulatoires. Si le patient ou la famille n'ont pas la capacité de coordonner ces intervenants, le risque est grand qu'il perde la qualité de ces soins, sauf si l'objectif est de réaliser des économies. Une marge bénéficiaire insuffisante ne peut justifier des refus d'intervention. La somme de 40 millions d'euros prévus pour le développement

ontwikkeling van de informatisering in de ziekenhuizen is uitgetrokken, lijkt in dat verband onvoldoende. Een voorbeeld: het CHU in Luik raamt 3 miljoen euro nodig te hebben alleen al om de medische dossiers van de patiënten te digitaliseren, zonder rekening te houden met de kosten om die dossiers in netwerk te zetten en om ze met de andere zorgverleners uit te wisselen.

De regering en de minister zullen de gevolgen moeten dragen van hun beslissing om de honoraria slechts gedeeltelijk te indexeren. Te verwachten valt dat artsen zich zullen deconventioneren. Deze maatregel stoort de spreekster, temeer daar er geen herziening van de nomenclatuur en dus geen harmonisering van de vergoedingen voor de verschillende specialisaties is.

De niet-conventionele praktijken en geneeswijzen lijken niet aan bod te komen in de lopende hervormingen, terwijl het in de praktijk wel degelijk om gezondheidszorgbeoefenaars gaat. Onlangs werd een colloquium gehouden over chiropraxie, met specialisten uit alle Europese landen, ook uit Scandinavië, onder het beschermheerschap van het voorzitter van het CEBAM (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*), de heer Patrick Van Krunkelsven. Dit bewijst dat de erkenning van deze praktijken en geneeswijzen noodzakelijk is. In die landen heeft de overheid beslist die prestaties op te nemen in het zorgtraject, omdat ze heeft ingezien dat de patiënt aldus zware – en veel duurdere – chirurgische ingrepen en/of geneeskundige behandelingen kunnen worden bespaard.

Tot slot vraagt de spreekster of de minister van plan is een asymmetrisch beleid te voeren of toe te staan. Wat zouden de parameters en de richtlijnen zijn van dat beleid?

intensif de l'informatisation dans les hôpitaux paraît à ce titre insuffisante. Par exemple : le CHU de Liège estime à 3 millions d'euros, la somme nécessaire rien que pour informatiser les dossiers médicaux des patients, sans compter les mises en réseau et échanges avec les autres prestataires.

En décidant de n'indexer que partiellement les honoraires, le gouvernement et la ministre devront en assumer les conséquences, et notamment les mouvements prévisibles qui verront les médecins se déconventionner. Cette mesure heurte l'oratrice d'autant plus qu'il n'y pas de révision de la nomenclature et donc, pas d'harmonisation des rémunérations entre les différentes spécialisations.

Les pratiques et médecines non conventionnelles ne semblent pas intégrées dans les réformes en cours, alors que, dans la pratique, il s'agit bel et bien de professionnels dans la santé. Un colloque récent sur la chiropraxie a réuni des spécialistes de tous les pays européens, y compris nordiques, sous l'égide du président du CEBAM (*Belgian Centre for Evidence-Based Medicine*), M. Patrick Van Krunkelsven. Il y a là la démonstration de la nécessité de reconnaissance de ces pratiques et médecines. Dans ces pays, les autorités ont décidé d'intégrer ces prestations dans les parcours de soins car ils se sont rendu compte qu'ils évitaient ainsi des interventions chirurgicales et/ou médicamenteuses lourdes pour de patients et bien plus coûteuses.

Enfin, l'oratrice demande si la ministre entend mener ou autoriser des politiques asymétriques. Quels en seraient les paramètres? Quelles en seraient les orientations?

B. Antwoorden van de minister

0. Algemene inleiding

0.1. Budgettaire kader van de gezondheidszorg

Volgens het meerjarentraject dat bij aanvang van de zittingsperiode werd vastgelegd, en rekening houdend met de meest recente technische ramingen van het RIZIV van september jongleden, moest 673 miljoen euro bespaard worden om op traject te blijven. Deze besparingen waren dus hoe dan ook geprogrammeerd en gekend door de partners in het overlegmodel. Deze besparingen waren daardoor ook voorzien in het voorstel dat het Verzekeringscomité van het RIZIV, dat de ziekenfondsen en zorgverstrekkers verzamelt, zelf had geformuleerd. Dit voorstel werd echter neergelegd voorafgaand aan de afronding van het begrotingsconclaf.

De minister heeft altijd herhaald dat zij enkel bereid was tot een discussie over bijkomende inspanningen, als binnen de regering elk departement zijn geprogrammeerde besparingen zou uitvoeren. In het kader van het conclaf is afgesproken dat elk departement zijn inspanningen zal leveren. Rekening houdend met de budgettaire context, was de regering genooddaakt om bijkomende inspanningen te vragen. Daarbij wordt vanuit de gezondheidszorg 229 miljoen euro bijkomend voorzien.

De gezondheidszorg, ondanks de besparingen en in moeilijke budgettaire tijden, blijft toch groeien. Minder dan voorheen en minder dan voorzien, maar er komt van 2016 naar 2017 toch een bedrag van 584 miljoen euro bij qua toegestane uitgaven. Inderdaad, de toegestane uitgaven die waren opgenomen in de gezondheidszorgbegroting 2016 na de begrotingscontrole van maart 2016 – of met andere woorden: de som van de partiële begrotingsdoelstellingen, bedroeg 23 672 395 miljoen euro. In de initiële gezondheidszorgbegroting 2017 is dit bedrag 24 256 134 miljoen euro.

De precieze reële groei van de gezondheidszorgbegroting van 2016 naar 2017 is ongeveer 0,5 % is. Het gaat dus om de groei bovenop de inflatie.

0.2. Evidence-based karakter van de maatregelen

Telkens waar de minister aangeeft in haar begroting dat er op basis van evidence is gewerkt, is dit ook absoluut het geval. De voorstellen die de Commissie voor Tegemoetkoming Geneesmiddelen heeft gedaan inzake doelmatig geneesmiddelengebruik zijn een voorbeeld,

B. Réponses de la ministre

0. Introduction générale

0.1. Cadre budgétaire des soins de santé

Compte tenu du trajet pluriannuel défini au début de la législature et des estimations techniques les plus récentes de l'INAMI, qui datent de septembre dernier, il fallait économiser 673 millions d'euros pour se conformer à ce trajet. Ces économies étaient donc en tout état de cause programmées et connues des partenaires au sein du modèle de concertation. Elles étaient donc également prévues dans la proposition formulée par le Comité de l'assurance de l'INAMI lui-même, qui réunit les mutualités et les prestataires de soins. Cette proposition a toutefois été déposée avant la fin du conclave budgétaire.

La ministre a toujours répété qu'elle n'accepterait de discuter de la possibilité de consentir des efforts supplémentaires que si, au sein du gouvernement, chaque département mettait en œuvre les économies programmées à son égard. Il a été convenu dans le cadre du conclave que chaque département fournira les efforts qui lui ont été imposés. Compte tenu du contexte budgétaire, le gouvernement s'est vu contraint de réclamer des efforts supplémentaires. Un montant supplémentaire de 229 millions d'euros a été fixé à cet égard dans le domaine des soins de santé.

Malgré les économies et le contexte budgétaire difficile, la croissance se poursuit dans le domaine des soins de santé. Moins que par le passé et dans une mesure moins importante que ce qui était prévu, mais 584 millions d'euros supplémentaires de dépenses autorisées ont tout de même été inscrits en 2017 par rapport à 2016. En effet, les dépenses autorisées inscrites dans le budget des soins de santé 2016 après le contrôle budgétaire de mars 2016 – en d'autres termes, la somme des objectifs budgétaires partiels – étaient de 23 672 395 millions d'euros. Ce montant s'élève à 24 256 134 millions d'euros dans le budget initial des soins de santé 2017.

La croissance réelle exacte du budget des soins de santé de 2016 à 2017 s'élève à environ 0,5 %. Il s'agit donc de la croissance en sus de l'inflation.

0.2. Caractère evidence-based des mesures

Chaque fois que la ministre indique dans son budget que l'on a travaillé en se fondant sur des preuves, c'est effectivement le cas. Les propositions faites par la Commission de remboursement des médicaments en matière de consommation efficace de médicaments en

evenals de precieze maatregelen die door de CTG werden voorgesteld en overgenomen en de adviezen op basis waarvan de minister de maatregelen inzake de maagzuurremmers en neussprays heeft genomen.

0.3. Impact van de besparingen op de vertrouwensrelatie, de meerjarencaders en de overeenkomsten en akkoorden binnen de ziekteverzekering

Van in het begin van de zittingsperiode heeft de minister bijzondere inspanningen geleverd om toe te werken naar meerjarencaders met verschillende sectoren. Zeker rekening houdend met de belangrijke hervormingen die moeten gebeuren, is er nood aan een stabiel afsprakenkader tussen de overheid en de sector, zowel op inhoudelijk als budgettair vlak. Deze werkwijze wil de minister absoluut voortzetten. De betrokken sectoren die met zij een meerjarencader hebben afgesloten of aan het onderhandelen zijn, zijn immers zelf positief over deze innovatieve beleidsaanpak.

Het meest gekende meerjarencader betrof dit met de farmaceutische sector. Het budgettair kader omvatte een gemiddelde meerjarengroei van slechts 0,5 %. Het is in dit kader dat deze sector ongeveer de helft van de besparingen voor 2017 realiseert. Men kan dus stellen dat dit kader wel degelijk gewerkt heeft. De farmaceutische sector heeft zijn verantwoordelijkheid genomen in dit verband, ook in de Algemene Raad waar ze heeft ingestemd met de globale gezondheidszorgbegroting.

Andere kaders werden afgesloten in de marge van het conclaaf, of zijn nog in onderhandeling. In oktober sloot de minister het pact met de sector van de medische hulpmiddelen en technologie af. Vorige week sloot zij het pact met de verzekeringsinstellingen af. In de komende weken wil de minister ook nog het kader van de apothekers afwerken.

Door de bijkomende besparingen komen sommige van deze meerjarencaders onder druk. Toch is er geen andere weg. In elk van de kaders is overigens voorzien dat indien er op regeringsniveau bijkomende inspanningen nodig zijn, dat dit aanleiding kan geven tot bijkomende besparingen voor de betrokken sector. Wel belangrijk is dat dit in dialoog gebeurt en dat daarbij wordt nagegaan wat de impact is op bepaalde wederzijds afgesloten verbintenissen. Dit is precies wat momenteel gebeurt met de apothekerssector: met hen heeft de minister de voorbije weken diepgaand overleg gehad over het aangepaste budgettaire kader. Zij is

sont un exemple, de même que les mesures précises qui ont été proposées par la CRM et ont été reprises, ainsi que les avis sur la base desquels la ministre a pris des mesures en matière d'antiulcéreux gastriques et de sprays nasaux.

0.3. Impact des économies sur la relation de confiance, les cadres pluriannuels et les conventions et accords au sein de l'assurance-maladie

Dès le début de la législature, la ministre a consenti des efforts particuliers pour œuvrer à la réalisation de cadres pluriannuels avec divers secteurs. Compte tenu certainement des réformes importantes qui doivent être opérées, un cadre d'accords stable entre les pouvoirs publics et le secteur est nécessaire, tant en termes de contenu que de budget. La ministre entend absolument continuer à travailler de cette manière. Les secteurs concernés qui ont conclu un cadre pluriannuel avec elle ou qui sont en train de le négocier se montrent en effet positifs à l'égard de cette approche politique innovante.

Le cadre pluriannuel le plus connu est celui conclu avec le secteur pharmaceutique. Le cadre budgétaire prévoyait une croissance pluriannuelle moyenne de seulement 0,5 %. C'est dans ce cadre que ce secteur a réalisé environ la moitié des économies pour 2017. On peut donc dire que ce cadre a bel et bien fonctionné. Le secteur pharmaceutique a pris ses responsabilités en la matière, y compris au sein du Conseil général, où il a marqué son accord sur le budget global des soins de santé.

D'autres cadres ont été conclus en marge du conclave ou sont encore en cours de négociation. En octobre, la ministre a conclu le pacte avec le secteur des dispositifs médicaux et des technologies médicales. La semaine dernière, elle a conclu le pacte avec les organismes assureurs. Au cours des prochaines semaines, elle entend encore finaliser le cadre des pharmaciens.

En raison de ces économies supplémentaires, certains de ces cadres pluriannuels sont mis sous pression. Il n'y a toutefois pas d'autre issue. Dans chacun des cadres il est d'ailleurs prévu que si des efforts supplémentaires sont nécessaires au niveau gouvernemental, cela peut donner lieu à des économies supplémentaires dans le secteur concerné. Il est cependant important de noter que cela se fait dans le dialogue et que l'on en analyse l'impact sur certains engagements pris mutuellement. C'est précisément ce qui est en train de se passer avec le secteur des pharmaciens: la ministre a eu, au cours des dernières semaines, une concertation

ervan overtuigd dat de betrokken partijen samen tot een vergelijk zullen kunnen komen in de komende weken.

Na het begrotingsconclaaf heeft de minister verschillende sectoren ontvangen op haar beleidscel om met hen de situatie te bespreken: de artsen, de ziekenhuizen, de apothekers, de ziekenfondsen enz. Het is in dialoog, ook in deze moeilijke omstandigheden, dat zij probeert de samenwerking met deze actoren voor te zetten met het oog op de voortzetting van de hervormingen in elk van hun sectoren.

Wat de impact op het akkoord artsen-ziekenfondsen betreft, heeft een vakbond op een bepaald ogenblik gevraagd of de gedeeltelijke toekenning van de indexmassa niet tot de automatische verbreking van dat akkoord heeft geleid. Binnen de commissie artsen-ziekenfondsen is duidelijk geworden dat dit zeker niet het geval is. Daarop zijn de artsenbonden door de minister ontvangen om te spreken over de voortzetting van het akkoord en de in dat akkoord aangegane verbintenissen. De tariefzekerheid ten behoeve van de patiënt moet gegarandeerd blijven.

Na heel wat overlegondes met de minister maar ook tussen de partners in de commissie artsen-ziekenfondsen ziet de situatie er als volgt uit: de BVAS roept niet op tot een verbreking van het akkoord, maar gaat al haar leden informeren over de individuele impact van de tijdens het conclaaf genomen maatregelen. De minister heeft zich er overigens van kunnen vergewissen dat binnen de commissie artsen-ziekenfondsen een akkoord is bereikt over de toewijzing van de resterende indexmassa.

1. Budgettair raamwerk

1.1. *Meer transparantie*

De gezondheidszorgbegroting bestaat uit twee componenten: de uitgaven binnen de doelstellingen en met inachtneming van de groeinorm, en de uitgaven buiten de doelstellingen.

In de task force die de minister in de loop van het eerste semester van 2016 binnen de Algemene Raad had ingesteld, luidde een van de voorstellen dat zou worden nagegaan of het mogelijk was binnen die twee componenten tot meer transparantie te komen. Er werden suggesties gedaan, bijvoorbeeld om het buiten de doelstelling vallende gedeelte van het ziekenhuisbudget te integreren in het binnen die doelstelling vallende gedeelte. Vandaag valt 77 % binnen de doelstelling en

approfondie avec ceux-ci sur le cadre budgétaire modifié. Elle est convaincue que les parties en présence pourront parvenir à un accord au cours des prochaines semaines.

À l'issue du conclave budgétaire, la ministre a, dans le cadre de sa cellule stratégique, reçu différents secteurs afin d'examiner la situation avec eux: médecins, hôpitaux, pharmaciens, mutualités, etc. c'est dans le dialogue, également dans ces moments difficiles, qu'elle s'efforce de poursuivre la coopération avec ces acteurs, en vue de continuer les réformes dans chacun de leurs secteurs.

En ce qui concerne l'impact sur l'accord Medicomut, à un certain moment un syndicat s'est demandé si l'accord n'avait pas pris fin d'office, vu l'attribution partielle de la masse d'index. Dans le cadre de la Medicomut même, il est devenu clair que ce n'était pas le cas. Ensuite les syndicats des médecins ont été reçus par la ministre et il a été discuté des possibilités de continuer l'accord et les engagements repris dans l'accord. La sécurité tarifaire doit être garantie pour les patients.

À la suite d'une série de discussions, avec la ministre, mais aussi entre les partenaires de la Medicomut même, la situation actuelle est la suivante: le syndicat Absym n'appelle pas à la dissolution de l'accord, mais va donner des informations à chacun de ses membres en ce qui concerne l'impact individuel des mesures prises dans le cadre du conclave. La ministre a pu comprendre qu'un accord a d'ailleurs été conclu au sein de la Medicomut concernant l'attribution de la masse d'index restante.

1. Cadre budgétaire

1.1. *Renforcement de la transparence*

Le budget des soins de santé contient deux composantes: les dépenses dans l'objectif et soumis à la norme de croissance, et les dépenses hors l'objectif.

Dans le cadre de la taskforce installée par la ministre au sein du Conseil général dans le premier semestre de 2016, une des propositions était de vérifier si augmenter la transparence de ces deux composantes était possible. Des suggestions ont été émises, par exemple pour intégrer la partie "hors l'objectif" du budget des hôpitaux, avec la partie qui se trouve dans le budget. Aujourd'hui 77 % se trouve dans l'objectif, et 23 % hors l'objectif, sans une raison suffisante. Aussi, certaines

23 % erbuiten, zonder dat daar een afdoende reden voor bestaat. Bijgevolg zouden bepaalde uitgaven, zoals het sociaal statuut of experimentele projecten ("artikel 56" genaamd), binnen de doelstelling kunnen worden gebracht.

In de task force, bestaande uit de sociale partners, de ziekenfondsen, de zorgverstrekkers en de regering, werd beslist die oefening te maken voor de begroting 2018. Toch is een aantal aanbevelingen van de task force al in de begroting 2017 verwerkt, zoals het nettobudget voor de farmaceutische uitgaven. In het kader van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (DOC 54 2154/001 e.v.) werd tevens het begrotingstijdpad voor de gezondheidszorg gemoderniseerd en afgestemd op het EU-begrotingstijdpad.

1. 2. Ziekenhuizen

1.2.1. Algemeen

De hervorming van het ziekenhuiszorglandschap en de ziekenhuisfinanciering is ongetwijfeld de grootste werf die opgenomen is in het beleid van de minister rond hervormingen in de gezondheidszorg.

De globale financiële toestand van de Belgische ziekenhuizen is niet bepaald gezond te noemen. De hervormingen van de ziekenhuizen en hun financiering zijn absoluut noodzakelijk geworden in het belang van het behouden van een behoorlijk functionerend aanbod van gespecialiseerde zorg. Er was te lange tijd een stilstand die mee verklaart waarom de nieuwe concepten en de besliste maatregelen nu als ingrijpend worden gepercipieerd. We komen hiermee in een stroomversnelling, maar het werkveld zelf heeft daar ook op aangedrongen de voorbije tijd, ook in de media.

De budgettaire inspanning die nu van de ziekenhuizen gevraagd wordt, is niet gering. Die inspanning moet beschouwd worden in functie van het aandeel dat de ziekenhuizen vertegenwoordigen in de uitgaven voor gezondheidszorg, ruim 7 miljard euro. Bovendien mag er ook op gewezen worden dat tijdens de twee voorbije jaren de ziekenhuizen grotendeels gespaard zijn gebleven van grote besparingsoefeningen, meer zelfs dat er nog een belangrijke injectie van middelen is geweest: het verbeteren van de financiering voor ICT (40 miljoen euro) en eerste fase van de implementatie van een nieuwe functiegestuurde financiering voor de verloning van de verpleegkundigen in de ziekenhuizen ("IFIC" – 50 miljoen euro).

dépenses comme le statut social ou les projets expérimentaux, appelés "article 56" pourraient être intégrées.

Dans la taskforce, qui comprend les partenaires sociaux, les mutualités, les dispensateurs et le gouvernement, il a été décidé de faire cet exercice pour le budget 2018. Toutefois, déjà dans le budget 2017, certaines recommandations de la taskforce ont déjà été intégrées, comme le budget net pour les dépenses pharmaceutiques. De même, dans le cadre de la loi portant des dispositions diverses en matière de santé (DOC 54 2154/001 et s.), le calendrier budgétaire des soins de santé a été modernisé et adapté au calendrier budgétaire européen.

1.2. Hôpitaux

1.2.1. Cadre général

La réforme du paysage des soins hospitaliers et du financement des hôpitaux est indubitablement le principal chantier figurant dans la politique de la ministre en matière de réforme des soins de santé.

La situation financière globale des hôpitaux belges n'est pas précisément saine. Les réformes des hôpitaux et de leur financement sont devenues absolument indispensables dans l'intérêt du maintien d'une offre acceptable de soins spécialisés. On a trop longtemps fait du surplace, ce qui explique en partie pourquoi les nouveaux concepts et les mesures prises sont perçues comme drastiques. Nous notons ainsi une accélération du mouvement, mais ces derniers temps les acteurs en ont eux-mêmes souligné la nécessité, notamment dans les médias.

L'effort budgétaire aujourd'hui demandé aux hôpitaux est considérable. Il doit se concevoir au regard de la part que représentent les hôpitaux dans les dépenses de soins de santé, soit un peu plus de 7 milliard d'euros. Il convient en outre de souligner qu'au cours des deux dernières années, les hôpitaux ont été dans une large mesure épargnés par les grands exercices d'économies, et que des moyens importants y ont même été injectés: l'amélioration du financement des TIC (40 millions d'euros) et la première phase de la mise en œuvre du nouveau financement selon la fonction du salaire des infirmiers dans les hôpitaux ("IFIC" – 50 millions d'euros).

1.2.2. Rubriek B7B van het Budget Financiële middelen (BFM)

B7B is een historische financiering die sinds de jaren 90 niet meer herzien werd. Het bestaat uit twee onderdelen: een onderdeel voor “nieuwe medische technologieën” en een ander onderdeel voor “opleiding”, met daar bovenop ook nog een budget voor de hogere bestaaffing van universitaire bedden.

Beide onderdelen komen ook voor in de B7A dat bestemd is voor de “echte” universitaire ziekenhuizen (één per faculteit geneeskunde met een volledig leerplan, zeven in totaal). De ziekenhuizen die genieten van het budget B7B zijn dezelfde die reeds voorafgaand aan het invoeren van de specifieke financiering voor universitaire ziekenhuizen, reeds beschikten over een budget voor de twee vermelde onderdelen. De financiering voor het universitair karakter van bedden in algemene ziekenhuizen is geregeld in artikel 74 van de ziekenhuiswet. Universitaire bedden hebben hogere bestaaffingsnormen (zowel medisch als verzorgend: 33 % meer). Deze hogere bestaaffingsnormen gaven recht op een hogere basisfinanciering, namelijk 0,33 punten per erkend bed méér (1,33 punt per bed in plaats van 1 punt per bed), vergeleken met die voor de niet-universitaire bedden. Bij de invoering van het concept verantwoorde bedden (in 2002) werd dit surplus aan financiering verschoven naar onderdeel B4.

Er werd beslist om een totale besparing van 4 125 000 euro toe te passen op beide financieringen van universitaire bedden (artikel 74 én B7B) a rato van het “gewicht” van beide onderscheiden financieringen (artikel 74: 7,8 miljoen euro; B7B: 20,6 miljoen euro).

Het zijn beide historische budgetten die niet meer herzien zijn geweest sinds hun ontstaan. Ze worden door de andere ziekenhuizen die er niet van kunnen genieten als een discriminatie ervaren. Wat de in artikel 74 van de ziekenhuiswet bepaalde regeling betreft, staan er specifieke personeelsnormen tegenover die bijgevolg ook specifieke kosten voor de ziekenhuizen met zich meebrengen. De regering heeft evenwel beslist om de inspanning toch te spreiden over beide financieringen.

1.2.3. Andere tijdens het voorbije budgetconclaaf besliste maatregelen voor de ziekenhuizen

De minister onderstreept dat de andere tijdens het voorbije budgetconclaaf besliste maatregelen voor de ziekenhuizen geen blinde lineaire besparingen betreffen maar wel rationeel onderbouwde maatregelen.

1.2.2. Rubrique B7B du Budget des moyens financiers (BMF)

Le B7B est un financement historique qui n’a plus été révisé depuis les années 90. Il se compose de deux sous-parties; une sous-partie pour les “nouvelles technologies médicales” et une autre pour la “formation” avec en outre encore un budget pour l’encadrement supplémentaire des lits universitaires.

Les deux parties apparaissent également dans le B7A, dédié aux “vrais” hôpitaux universitaires (un par faculté de médecine de plein exercice, soit sept au total). Les hôpitaux qui bénéficient du budget B7B sont les mêmes que ceux qui, avant l’instauration du financement spécifique des hôpitaux universitaires, disposaient déjà d’un budget pour les deux sous-parties précitées. Le financement du caractère universitaire des lits dans les hôpitaux généraux est réglé à l’article 74 de la loi sur les hôpitaux. Les lits universitaires ont des normes d’encadrement plus élevées (tant pour le personnel médical que pour le personnel soignant: 33 % de plus). Ces normes d’encadrement supérieures ont donné droit à un financement de base plus élevé, à savoir 0,33 point de plus par lit agréé (1,33 point par lit au lieu de 1 point par lit), par rapport aux lits non universitaires. Lorsque le concept de lits justifiés a été instauré (en 2002), ce surplus de financement a été déplacé vers la sous-partie B4.

Il a été décidé d’appliquer une économie totale de 4 150 000 euros aux deux financements des lits universitaires (article 74 et B7B), proportionnellement au “poids” des deux financements distincts (article 74: 7,8 millions d’euros; B7B: 20,6 millions d’euros).

Ce sont ces deux budgets historiques qui n’ont plus été révisés depuis leur apparition. Ils sont considérés comme discriminatoires par les autres hôpitaux, qui en sont exclus. En ce qui concerne la réglementation prévue à l’article 74 de la loi sur les hôpitaux, des normes de personnel spécifiques existent, qui entraînent par conséquent elles aussi des dépenses spécifiques pour les hôpitaux. Le gouvernement a cependant décidé de répartir l’effort sur les deux financements.

1.2.3. Autres mesures concernant les hôpitaux décidées lors du conclave budgétaire précédent

La ministre souligne que les autres mesures concernant les hôpitaux décidées durant le conclave budgétaire précédent ne concernent pas des économies linéaires aveugles mais des mesures fondées sur une base rationnelle.

1.2.3.1. Vermindering interest rubriek A2 van het BFM met 1 %

Er wordt een budget van 62 000 000 euro uitgegeven voor de kortetermijnkredietlasten van de ziekenhuizen te dekken aan een rentevoet van 3,68 %. De markttrentes liggen een stuk lager dan 3,68 %. Het verlagen van de interestvoet met 1 % brengt deze interestvoet dicht bij de echte markttrente. Deze interestvoet verlagen met 1 % levert aldus een besparing op van ongeveer 15 200 000 euro.

1.2.3.2. Afschaffing van lijn 900 binnen B1 inzake burgerlijke aansprakelijkheid van artsen

Deze afschaffing betreft een tegemoetkoming in de verzekeringspremies “burgerlijke beroepsaansprakelijkheid” van de artsen, voor ongeveer 15 miljoen euro. Enkele jaren geleden heeft de regering het principe van de foutloze aansprakelijkheid van artsen ingevoerd. Dit systeem dreigde een zware impact te hebben op premies “burgerlijke beroepsaansprakelijkheid” voor de artsen. Toen werd er een compensatie daarvoor ingebouwd in het BFM. Uiteindelijk werd het systeem van foutloze aansprakelijkheid omgevormd tot een systeem met een Fonds medische ongevallen. In die optiek is de compensatie voor mogelijke stijgende premies niet meer volledig te verantwoorden.

1.2.3.3. Opheffing van 4000 erkende bedden die evenwel niet meer aanzien worden als “verantwoorde bedden”

Het concept “verantwoorde bedden” is in die zin een veel betere parameter voor de financiering en tegelijk zorgt voor meer consistentie. Er wordt vastgesteld dat er een groeiende kloof bestaat tussen het aantal erkende bedden (bedden die uitgebaat mogen worden door de ziekenhuizen) en het aantal verantwoorde bedden (het aantal bedden dat nodig is om alle opgenomen patiënten te verzorgen, uitgaande van de nationaal gemiddelde verblijfsduur per pathologiegroep-ernstgraad, en rekening houdend met de *outliers* qua verblijfsduur).

Een aantal financieringsonderdelen binnen B4 gebruiken echter nog steeds “erkende bedden” als parameter voor de berekening van de financiering. Door over te schakelen naar de parameter “verantwoorde bedden” wordt een besparing gerealiseerd aangezien er in totaliteit minder verantwoorde dan erkende bedden zijn. Dit betekent ook dat sommige ziekenhuizen meer verantwoorde bedden hebben dan erkende bedden: zij gaan dus een hogere financiering hebben.

1.2.3.1. Réduction des intérêts rubrique A2 du BMF de 1 %

Un budget de 62 000 000 d'euros est prévu pour couvrir les charges de crédit à court terme des hôpitaux à un taux de 3,68 %. Les taux du marché sont nettement inférieurs à 3,68 %. L'abaissement du taux d'intérêt d'1 % rapproche ce taux d'intérêt du véritable taux du marché. Réduire ce taux d'intérêt d'1 % procure ainsi une économie de quelque 15 200 000 d'euros.

1.2.3.2. Suppression de la ligne 900 dans la rubrique B1 en matière de responsabilité civile des médecins

Cette suppression concerne une intervention dans les primes d'assurance “responsabilité professionnelle civile” des médecins à hauteur d'environ 15 millions d'euros. Il y a quelques années, le gouvernement a introduit le principe de la responsabilité sans faute des médecins. Ce système risquait d'avoir un impact considérable sur les primes d'assurance “responsabilité professionnelle civile” des médecins. À l'époque, une compensation a été insérée à cet égard dans le BFM. Finalement, le système de la responsabilité sans faute a été transformé en un système doté d'un Fonds des accidents médicaux. Dans cette optique, la compensation pour une éventuelle augmentation des primes ne se justifie plus totalement.

1.2.3.3. Suppression de 4000 lits agréés qui ne sont toutefois plus considérés comme des “lits justifiés”

Le concept de “lits justifiés” est, en ce sens, un bien meilleur paramètre pour le financement et il renforce en même temps la cohérence. On note un fossé croissant entre le nombre de lits agréés (lits pouvant être exploités par les hôpitaux) et le nombre de lits justifiés (le nombre de lits nécessaires pour soigner tous les patients admis, basé sur la durée de séjour moyenne nationale par groupe de pathologie- taux de gravité, et compte tenu des *outliers* concernant la durée de séjour).

Plusieurs volets de financement dans la rubrique B4 utilisent toutefois encore les “lits agréés” comme paramètre pour calculer le financement. En recourant désormais au paramètre “lits justifiés”, on réalise des économies puisqu'il y a au total moins de lits justifiés que de lits agréés. Cela signifie également que certains hôpitaux disposent de plus de lits justifiés que de lits agréés: ils recevront dès lors un financement plus élevé.

1.2.3.4. Afschaffing van het koninklijk besluit “schadeloosstelling” dat recht geeft op een vergoeding als ziekenhuizen besluiten om een afdeling/bedden te sluiten zonder reëffectatie

Er worden verschillende coëfficiënten toegepast naargelang het ziekenhuis bijvoorbeeld beschikt over (dure) medisch-technische diensten. Het gaat hierbij in de meeste gevallen om niet-verantwoorde bedden die dus niet dienstig of nodig zijn voor de verzorging van de patiënten maar die nog wel erkend zijn.

Doordat er in de komende jaren een ingrijpende rationalisatieoefening zal worden doorgevoerd in de ziekenhuissector, dreigt de factuur voor de overheid enorm op te lopen als de betrokken ziekenhuizen massaal schadeloosstellingen zouden aanvragen. Deze besparing werd geraamd op basis van de bedragen die in de voorbije jaren aan schadeloosstelling werden uitgekeerd.

1.2.3.5. Reductie pilootstudies binnen rubriek B4 van het BFM

Binnen B4 is in een bedrag voorzien om proefstudies uit te voeren om bijvoorbeeld nieuwe zorg- of organisatie modellen uit te testen. Een aantal projecten zijn stilaan hun pilootfase ontgroeid. Daarnaast worden een aantal maatregelen meegenomen in de globale hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De komende twee jaar kunnen aldus een aantal contracten stopgezet worden. De voorgestelde bedragen betreffen een inschatting van hetgeen de komende twee jaar zal vrijkomen.

1.2.3.6. Reductie van 10 % van recyclagepremies

Deze premies zijn gebaseerd op een mogelijkheid die destijds voorzien was in het ministerieel besluit van 2 augustus 1986 houdende bepaling van de voorwaarden en regelen voor de vaststelling van de verpleegdagprijs, van het budget en de onderscheidene bestanddelen ervan, alsmede van de regelen voor de vergelijking van de kosten en voor de vaststelling van het quotum van verpleegdagen voor de ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten.

Ziekenhuizen die toen diensten of campussen sloten konden een percentage van het budget verbonden aan deze diensten behouden als ze een deel van het personeel in dienst hielden. Dit ministerieel besluit is intussen vervangen door het koninklijk besluit van 25 april 2002 houdende vaststelling, voor het dienstjaar dat ingaat op 1 juli 2002, van de voorwaarden en de bijzondere regelen die gelden voor de vaststelling van

1.2.3.4. Abrogation de l'arrêté royal “indemnisation” donnant droit à une indemnité lorsque des hôpitaux décident de fermer un service ou des lits sans réaffectation.

Différents coefficients sont appliqués selon que l'hôpital dispose, par exemple, de services médico-techniques (chers). Il s'agit, dans la plupart des cas, de lits non justifiés qui ne sont par conséquent pas utiles ou nécessaires pour soigner les patients mais qui sont cependant agréés.

Étant donné qu'au cours des prochaines années, un exercice de rationalisation de grande envergure sera réalisé dans le secteur hospitalier, la facture risque d'exploser pour les pouvoirs publics si les hôpitaux concernés venaient à demander massivement des indemnités. L'estimation de cette économie repose sur les montants des indemnités versées lors des années écoulées.

1.2.3.5. Réduction des études pilotes au sein de la rubrique B4 du BMF

La rubrique B4 prévoit un montant destiné à la réalisation d'études pilotes afin, par exemple, de tester de nouveaux modèles de soins et d'organisation. Plusieurs projets ont peu à peu dépassé le cadre de leur phase pilote. Par ailleurs, plusieurs mesures ont été prises dans le cadre de la réforme globale du financement hospitalier. Ainsi, on pourra mettre fin à plusieurs contrats au cours des deux prochaines années. Les montants proposés sont une estimation des montants qui seront dégagés au cours des deux prochaines années.

1.2.3.6. Réduction de 10 % des primes de recyclage

Ces primes sont basées sur une possibilité qui avait été prévue à l'époque dans l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de journée, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de fixation du quota des journées d'entretien.

À l'époque, les hôpitaux qui fermaient un service ou un site pouvaient conserver un pourcentage du budget affecté à ces services s'ils gardaient une partie du personnel. Entre-temps, cet arrêté ministériel a été remplacé par l'arrêté royal du 25 avril 2002 fixant, pour l'exercice débutant le 1^{er} juillet 2002, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux et services

het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen en de ziekenhuisdiensten. Artikel 51 bepaalt dat het historisch bedrag aan uitbetaalde premies overgenomen worden binnen B4 van het BFM.

De premies waren oorspronkelijk bedoeld als incentive om diensten op campussen te sluiten en tegelijkertijd een deel van de tewerkstelling te “redden”. Deze incentive loopt intussen 15 tot 25 jaar. Dit wordt door ziekenhuizen die niet van het systeem gebruik hebben gemaakt, beschouwd als een discriminatie omdat de betrokken ziekenhuizen kunnen genieten van enkele miljoenen euro extra (weliswaar om extra personeel te vergoeden). Deze scheeftrekking in de financiering moet in een uitdoofscenario opgelost worden. De regering start bescheiden met 10 %.

1.2.3.7. Sluiting van diensten

Reeds ten tijde van het toelichten van haar Plan van aanpak voor de hervorming van het ziekenhuiszorglandschap en de financiering ervan, heeft de minister duidelijk aangegeven dat gegeven het kwantitatief zeer groot aantal ziekenhuizen, –campussen en –diensten allerhande, de gezondmaking van de ziekenhuiszorg in ons land betekent dat er ziekenhuisdiensten en zelfs –sites zullen gesloten worden of anders geaffecteerd zullen worden in functie van de meer chronische zorg gekoppeld aan de vergrijzing van de populatie.

Het is niet houdbaar dat de gemiddelde bezettingsgraad van kraamafdelingen nog 47,5 % is en die van pediatrie afdelingen 49,1 %. De activiteitsgraad van een aantal spoedgevallendiensten blijkt laag te zijn, zoals ook blijkt uit het recent KCE-rapport ter zake. Er bestaat teveel fragmentering om efficiëntiewinsten en schaalvoordelen te boeken. Binnen de honoraria kunnen een aantal permanentievergoedingen uitgespaard worden doordat er minder permanenties moeten verzorgd worden. Deze afbouw moet kaderen binnen de nieuwe visie op ziekenhuisnetwerken waarbinnen taakafspraken tussen ziekenhuizen moeten gemaakt worden. De impact in 2017 wordt bescheiden ingeschat aangezien dergelijke transitie tijd kosten.

1.2.3.8. Schrapping RIZIV-honoraria vroedvrouwen bovenop in BFM-gefinancierde bevallingskamer

Het gaat hier over een oneigenlijke dubbele financiering van eenzelfde activiteit waarbij er op onterechte

hospitaliers. L'article 51 de cet arrêté dispose que le montant des primes de recyclage est repris dans la sous-partie B4 du BMF.

L'objectif initial de ces primes était d'inciter les hôpitaux à fermer des services ou des sites et, en même temps, de “sauver” une partie de l'emploi. Entre-temps, cet incitant existe depuis 15 à 25 ans, et les hôpitaux qui n'ont pas profité de ce système le considèrent comme discriminatoire, étant donné que les hôpitaux participants peuvent bénéficier de quelques millions d'euros supplémentaires (certes destinés à rémunérer du personnel supplémentaire). Il faut remédier à cette distorsion de financement en sortant progressivement de ce système. Le gouvernement commence modestement par une réduction de 10 % des primes.

1.2.3.7. Fermeture de services

Déjà à l'époque de la présentation de son plan d'approche pour la réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux, la ministre avait indiqué que compte tenu du très grand nombre d'hôpitaux, de sites et de services hospitaliers en tout genre, l'assainissement des soins hospitaliers en Belgique passerait nécessairement par la fermeture de services et même de sites hospitaliers ou par leur réaffectation, compte tenu de l'augmentation des besoins en soins chroniques liée au vieillissement de la population.

Le fait que le degré d'occupation moyen dans les maternités n'atteint que 47,5 % et celui des unités pédiatriques que 49,1 % est une situation intenable. Le degré d'activités d'un certain nombre de services d'urgence n'est pas assez élevé, comme il ressort également du rapport publié récemment à ce sujet par le KCE. La fragmentation est trop importante pour obtenir des gains d'efficacité et des avantages d'échelle. En ce qui concerne les honoraires, un certain nombre de primes de permanence pourraient être épargnées du fait qu'un nombre moins élevé de permanences devra être assuré. Cette diminution progressive doit s'inscrire dans le cadre de la nouvelle vision en matière de réseaux hospitaliers, des accords devant être conclus entre les hôpitaux concernant leurs tâches respectives. La ministre estime que l'incidence sera modeste en 2017 étant donné que la mise en œuvre de telles transitions prend un certain temps.

1.2.3.8. Suppression des honoraires INAMI des sages-femmes en supplément du financement de la salle d'accouchement dans le BMF

Il s'agit en l'occurrence d'un double financement abusif d'une même activité, certaines prestations étant

wijze verstrekkingen worden aangerekend terwijl de activiteit al is gefinancierd via het BFM.

Naast de financiering door het BFM, wordt ook de nomenclatuur gebruikt en systematisch aangerekend bij elke bevalling op het verloskwartier voor handelingen gesteld door een vroedvrouw die werkzaam is in dienstverband in het ziekenhuis. De honoraria van deze nomenclatuurprestatie wordt vanaf 1 januari op 0 gezet.

Bovendien heeft de minister van een lid nog mogen vernemen dat de oneigenlijk verworven middelen gebruikt worden voor het aanschaffen van apparatuur zoals een centraal monitoringsysteem, wat op zijn beurt er op gericht kan zijn om de activiteit met minder personeel te realiseren. Het stelt de minister dus in staat tenminste de vroedvrouwen gerust te stellen dat deze maatregel niet tot personeelsafbouw moet leiden.

1. 3. Geneesmiddelen

1.3.1 Algemeen

Het pact met de farmaceutische sector focust vooral op besparingen na de patentperiode, teneinde de nieuwe noden en de innovaties te kunnen financieren. Niettemin mag het zeer duidelijk zijn dat bepaalde maatregelen wel van toepassing kunnen zijn op geneesmiddelen onder patent om redenen van therapeutische meerwaarde en kostenefficiëntie; het gaat dus om geneesmiddelen waarvan de werking bewezen is.

Aldus voorzag het pact in maatregelen die al in het kader van de begroting 2017 kunnen worden genomen. Daarom heeft de minister aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, die bij het RIZIV is ondergebracht en bestaat uit wetenschappers en de ziekenfondsen, gevraagd om concrete voorstellen uit te werken. Op basis daarvan werd een aantal concrete maatregelen in de begroting 2017 opgenomen, met name:

1° de herevaluatie van myozyme, indicatie tardieve vorm (Late Onset Pompe Disease – LOPD): lancering van de procedure overeenkomstig artikel 38, met het oog op terugbetaling in het kader van een “artikel 81”-overeenkomst en op grond van het “Pay for Performance”-beginsel;

2° afstemming van de nadere vergoedingsvoorwaarden originele geneesmiddelen op basis van alendronaat en risédronaat + vitamine D/Calcium (hoofdstuk IV) op die van de goedkopere generische geneesmiddelen (hoofdstuk I);

à tort facturées alors que l'activité est déjà financée par le biais du BMF.

Outre le financement par le biais du BMF, la nomenclature est utilisée et facturée pour chaque accouchement réalisé dans le bloc d'accouchement par une sage-femme travaillant à l'hôpital dans les liens d'un contrat de travail. Les honoraires de cette prestation prévue dans la nomenclature sont ramenés à 0 à partir du 1^{er} janvier 2017.

De plus, la ministre a appris d'un membre que les moyens acquis abusivement servent à l'acquisition d'appareils comme un système de monitoring central qui peut être utilisé pour réaliser l'activité avec moins de personnel. La ministre peut donc rassurer au moins les sages-femmes que la mesure en question ne doit pas nécessairement donner lieu à une diminution de personnel.

1.3. Médicaments

1.3.1. Généralités

Le pacte avec le secteur pharmaceutique se focalise principalement sur des économies dans le marché post-octroi, afin de financer les nouveaux besoins et innovations. Toutefois, il est clairement explicité que dans certains cas, compte tenu d'arguments liés à la plus-value thérapeutique, l'efficacité liée aux coûts, et donc à la médecine fondée sur les mesures, des mesures vis-à-vis de médicaments qui sont encore sous octroi, sont également possibles.

Le pacte prévoyait qu'ainsi des mesures pourraient être prises dans le cadre du budget 2017. C'est pourquoi la ministre a demandé à la Commission pour le remboursement des médicaments, un organe au sein de l'INAMI composé de scientifiques et des mutualités, de formuler des propositions concrètes. Sur la base de leurs propositions, quelques mesures concrètes ont été inscrites dans le budget 2017. Les mesures suivantes seront exécutées:

1° Réévaluation de Myozyme, indication forme tardive (Late-Onset Pompe Disease: LOPD): lancement de la procédure en vertu de l'article 38 en vue d'un remboursement dans le cadre d'un contrat “article 81” avec remboursement sur la base de “Pay for Performance”;

2° Alignement des modalités de remboursement de médicaments originaux à base d'alendronate et de risédronate et vitamine D/Calcium (chapitre IV) sur celles des génériques meilleur marché (chapitre I^{er}):

3° schrapping van de terugbetaling van moxifloxacin, telithromycine, procoralan, fibraten, razilez, coxibs, piroxicam en protelos. Door die schrapping zullen die geneesmiddelen worden vervangen door voornamelijk goedkopere alternatieven. Daar werd in de begrotingsraming rekening mee gehouden;

4° herziening methylfenidaat – behandeling ADHD: herziening van de nadere vergoedingsvoorwaarden en van de tekst van hoofdstuk IV in het kader van de nieuwe “Cochrane Review”, voornamelijk wat de definitie van ADHD betreft. Bovendien wordt de terugbetaling beperkt tot een welbepaald aantal verpakkingen.

5° herziening xolair, teneinde na te gaan of de door de firma beoogde besparingen (minder ziekenhuisopnames, afname van het corticoïdegebruik) werden bewaarheid;

6° herziening van de urinaire antispasmodica.

1.3.2. Neussprays

Nasale corticosteroïden zijn veiliger en doeltreffender dan nasale decongestiva. In België zijn de nasale corticosteroïden echter enkel op voorschrift verkrijgbaar, waardoor sneller naar nasale decongestiva wordt gegrepen. Rhinitis wordt vaak in zelfzorg behandeld met *over-the-counter* (OTC) medicatie, zoals nasale decongestiva. Echter, langdurig gebruik van deze sprays kan tot rebound neuscongestie leiden. Dit zet de patiënt aan tot het blijven gebruiken van nasale decongestiva, met uiteindelijk rhinitis medicamentosa tot gevolg.

Een recente studie van de Luikse en Gentse universiteiten uitgevoerd in 181 apotheken in België heeft aangetoond dat de helft (49 %) van de bestudeerde populatie behoorde tot de groep “overgebruikers” van nasale decongestiva. De studie heeft ook aangetoond dat het risico op overgebruik van nasale decongestiva duidelijk kleiner was bij patiënten die nasale corticosteroïden gebruiken.

Om de toegankelijkheid tot nasale corticosteroïden te vergemakkelijken en het risico op overgebruik van nasale decongestiva te verminderen was het voorstel in de gezondheidszorgbegroting 2017 – op advies van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van het FAGG, waarin wetenschappers en ook patiëntenvertegenwoordigers aanwezig zijn – om nasale corticosteroïden met de laagste systemische absorptie (fluticasone propionaat en mometasone furoaat nasale spray) OTC te maken, zoals het reeds het geval

3° Suppression du remboursement de moxifloxacin, télithromycine, procoralan, fibrates, razilez, coxibs, piroxicam et Protelos. La suppression entraînera un remplacement principalement par des alternatives moins onéreuses. Ce remplacement est repris dans l'estimation budgétaire;

4° Révision du méthylphénidate – traitement ADHD: révision des conditions de remboursement et du texte chapitre IV dans le cadre de la nouvelle “Cochrane Review”, principalement en ce qui concerne la définition du TDAH. En outre, limitation du remboursement à un certain nombre de conditionnements;

5° Révision de Xolair afin de vérifier si les économies telles que prévues par la firme sur le plan de la diminution des hospitalisations/de l'utilisation de corticoïdes sont effectivement réalisées;

6° Révision antispasmodiques urinaires.

1.3.2. Sprays nasaux

Les corticostéroïdes nasaux sont plus sûrs et plus efficaces que les décongestionnants nasaux. En Belgique, les corticostéroïdes nasaux sont toutefois soumis à prescription, ce qui incite les patients à se tourner vers les décongestionnants nasaux. Les personnes qui souffrent d'une rhinite se traitent souvent elles-mêmes par des médicaments *over-the-counter* (OTC) comme les décongestionnants nasaux. Or, une utilisation prolongée de ces sprays peut mener à des congestions nasales à répétition, qui incitent le patient à continuer à utiliser ces décongestionnants nasaux, ce qui entraîne finalement une rhinite médicamenteuse.

Une étude récente des universités de Liège et de Gand réalisée dans 181 pharmacies belges a établi que la moitié (49 %) de la population étudiée appartenait au groupe des “surconsommateurs” de décongestionnants nasaux. Cette étude a également montré que le risque de surconsommation de ces produits était manifestement moins élevé chez les patients qui utilisent des corticostéroïdes nasaux.

Pour faciliter l'accès aux corticostéroïdes nasaux et réduire le risque de surconsommation de décongestionnants nasaux, il avait été proposé dans le cadre du budget des soins de santé 2017 – sur l'avis de la Commission pour les médicaments à usage humain de l'AFMPS, au sein de laquelle siègent des scientifiques et des représentants des patients – de conférer aux corticostéroïdes nasaux ayant l'absorption systémique la plus faible (spray nasal au fluticasone propionate et furoate de mométasone) le statut de médicaments OTC,

is in andere landen. Bovendien zijn diverse generieken beschikbaar.

De maatregel zou van toepassing zijn voor de volgende specialiteiten: Avamys, Flixonase Aqua, Nasonex, Mometasone EG, Mometasone Cipla, Mometasone Sandoz en Mometasone Teva.

De minister heeft besloten om de maatregelen in verband met neussprays aan te passen voor sommige gebruikers. Op basis van getuigenissen van patiënten heeft zij met de administratie nagegaan of in sommige gevallen de terugbetaling van nasale corticoïden toch kan worden behouden. Een klein aantal patiënten blijkt deze sprays chronisch te moeten gebruiken. Om deze patiënten tegemoet te komen, heeft zij samen met de administratie een oplossing uitgewerkt: de neussprays krijgen een dubbel statuut en zullen zowel met als zonder voorschrift verkrijgbaar zijn.

De neussprays met corticosteroïden zullen verplaatst worden van categorie B naar Cx zodat het remgeld hoger zal liggen. Er zijn overigens vandaag reeds corticosteroïden die goedkoper zijn of zich op het niveau bevinden van de nasale decongestiva. Bovendien is het mogelijk binnen de OTC-markt dat door de concurrentie de prijzen van de nasale corticoïden zullen dalen. De patiënt blijft bovendien beschermd door de maximumfactuur. Eens het maximum bereikt, betaalt de patiënt niets meer voor de neussprays op voorschrift. De concrete uitvoering van dit dubbel statuut zal enige tijd in beslag nemen en de neussprays met corticosteroïden zullen daardoor wellicht pas in de tweede helft van 2017 zonder voorschrift verkrijgbaar zijn.

1.3.3. Antibiotica

1.3.3.1. Verhoging remgeld en situatie van de voorkeurgerechtigden

De maatregel mag niet aanzien worden als een individuele maatregel maar past in het geheel van initiatieven om het gebruik van antibiotica terug te dringen. Heel wat initiatieven zijn tevens gericht op voorschrijvers en aflevertaars die eveneens worden aangesproken. Echter, uit onderzoek blijkt dat patiënten eveneens soms zelf aandringen op antibiotica. Dit is een realiteit.

Betreffende de voorkeurgerechtigden is het correct dat hun remgeld verhoogt. Het remgeld in categorie C is voor voorkeurgerechtigden en gewone rechthebbenden is niet meer gedifferentieerd. Echter wil de minister op volgende punten wijzen:

comme c'est déjà le cas dans d'autres pays. Différents génériques sont du reste également disponibles.

Cette mesure devait être appliquée aux spécialités suivantes: Avamys, Flixonase Aqua, Nasonex, Mometasone EG, Mometasone Cipla, Mometasone Sandoz et Mometasone Teva.

La ministre a décidé d'adapter les mesures relatives aux sprays nasaux pour certains utilisateurs. Elle a examiné avec l'administration, en se fondant sur des témoignages de patients, si le remboursement des corticoïdes nasaux pouvait tout de même être maintenu dans certains cas. Il s'est avéré qu'un petit nombre de patients doivent utiliser ces sprays de façon chronique. La ministre a donc dégagé en concertation avec l'administration une solution permettant de répondre aux besoins de ces patients: les sprays nasaux auront un double statut et ils pourront être obtenus aussi bien sur ordonnance que sans ordonnance.

Les sprays nasaux à base de corticoïdes seront déplacés de la catégorie B à la catégorie Cx, entraînant de la sorte un relèvement du ticket modérateur. Il existe d'ailleurs déjà aujourd'hui des corticoïdes qui sont moins cher ou dont le prix équivaut à celui des décongestifs nasaux. En outre, il est possible, dans le marché OTC, que les prix des corticoïdes nasaux soient poussés à la baisse par la concurrence. Le patient reste au demeurant protégé par le maximum à facturer. Lorsque le maximum est atteint, le patient ne paie plus rien pour les sprays nasaux sur prescription. La mise en œuvre concrète de ce double statut prendra un certain temps et les sprays nasaux à base de corticoïdes ne seront dès lors pas disponibles sans prescription avant le deuxième semestre de 2017.

1.3.3. Antibiotiques

1.3.3.1. Majoration du ticket modérateur et situation des bénéficiaires préférentiels

La mesure ne peut pas être considérée comme une mesure individuelle, elle s'inscrit dans l'ensemble des initiatives visant à réduire la consommation d'antibiotiques. Nombre d'initiatives ont également pour cibles les prescripteurs et les fournisseurs. Toutefois, des études montrent que les patients réclament parfois eux-mêmes des antibiotiques. C'est une réalité.

S'agissant des bénéficiaires préférentiels, il est exact que leur ticket modérateur est majoré. Le ticket modérateur en catégorie C est désormais identique pour les bénéficiaires préférentiels et les bénéficiaires ordinaires. La ministre souhaite toutefois mettre l'accent sur les points suivants:

— Het gaat over een beperkt bedrag van enkele tientallen centen tot enkele euro's;

— Antibiotica wordt normaliter slechts zeer beperkt gebruikt;

— De MAF blijft gelden.

1.3.3.2. Voorschrijvende artsen

Er werden al een aantal acties ondernomen om de overconsumptie tegen te gaan, zowel ten aanzien van de fabrikanten als van de zorgverstrekkers en de patiënten.

Primo, ongeveer 40 % van het budget bestemd voor *evidence based practice* (EBP) wordt geïnvesteerd in het voeren van een doeltreffend geneesmiddelenbeleid. Dit beleid blijft in het kader van het EBP-plan een aparte pijler, waarop zal blijven worden ingezet. 2017 is een overgangsjaar, waarin het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg het beleid inzake *evidence based practice* zal reorganiseren.

Secundo, er is werk gemaakt van een actieplan “controle en doelmatige zorg”. Onder impuls van de door de minister aangestelde *taskforce* bevat dit plan ook actiepunten op het gebied van antibiotica, waaronder:

— wat de uitwerking van voorschrijfprofielen betreft:

— de verspreiding van actuele aanbevelingen;

— een studie over de mogelijkheid om in de ambulante sector een tarifiering per eenheid in te stellen (in de context van het “medicatieschema, VIDIS”); enzovoort.

Het actieplan BAPCOC, dat tot doel heeft het aantal voorschriften per 1 000 inwoners te beperken en de verhouding amoxicilline/amoxycylav te verhogen;

— de koppeling tussen het voorschrijfprofiel en de accreditering van de zorgverstrekkers: de profielen zijn in dit geval relevant;

— de beperking van quinolones via een overheveling naar hoofdstuk 4;

— en, ten slotte, diverse bewustmakingscampagnes ten behoeve van het brede publiek en de patiënten.

— Il s'agit d'un montant limité allant de quelques dizaines de cents à quelques euros;

— Les antibiotiques ne sont généralement pris que pendant une durée très limitée;

— Le MAF reste d'application.

1.3.3.2. Médecins-prescripteurs

Un certain nombre d'actions ont déjà été entreprises pour éliminer la surconsommation, aussi bien envers les fabricants que les prestataires et les patients. Il s'agit des lignes d'action suivantes:

Premièrement, environ 40 % du budget destiné à l'*evidence based practice* (EBP) est investi dans la conduite d'une politique efficace en matière de médicaments. Dans le cadre du plan sur l'*evidence based practice*, la gestion des médicaments reste un pilier séparé qu'on continuera à optimiser. 2017 est une année transitoire, durant laquelle le Centre fédéral d'expertise des soins de santé réorganisera la politique d'*evidence based practice*.

Deuxièmement, un plan d'action est relatif au contrôle et aux soins efficaces. Sous l'impulsion de la *taskforce* désignée par la ministre, ce plan contient également des actions concernant les “antibiotiques”, entre autres:

— en ce qui concerne le développement de profils de prescription:

— la diffusion de recommandations actualisées;

— une étude de la possibilité d'introduire une tarification par unité dans le secteur ambulatoire (dans le contexte du “schéma de médication, VIDIS”); etc.

Ensuite, le plan d'action Bapcoc a pour objectif de réduire le nombre de prescriptions par 1000 habitants et d'augmenter le ratio amoxicilline/amoxycylav;

— puis, la liaison entre le profil de prescription et l'accréditation des prestataires: les profils en question sont pertinents dans ce cas;

— la réduction de quinolones via un transfert vers le chapitre 4;

— et enfin, différentes campagnes en vue de sensibiliser le public et les patients.

1.3.4. Maagzuurremmers

De bijsturing tegen overconsumptie van maagzuurremmers in de hoogste dosage volgt het wetenschappelijk onderbouwd advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). De CTG stelt dat een behandeling van langer dan acht weken met een maagzuurremmer aan de hoogste dosage medisch niet gerechtvaardigd is behalve voor mensen met het Zollinger-Elisson syndroom.

De maagzuurremmer met lansoprazole is een tweede uitzondering: het is medisch verantwoord deze specifieke maagzuurremmer langer dan acht weken aan de hoogste dosage te nemen.

Wat de maagzuurremmers betreft, die steeds op voorschrift zijn, wordt de situatie in de toekomst dus als volgt:

Maagzuurremmers in de hoogste dosage in grote verpakkingen, worden niet meer terugbetaald. Uitzonderingen:

— voor Zollinger-Elisson patiënten worden de tabletten volledig terugbetaald.

— de maagzuurremmer met lansoprazole wordt in hoogste dosage ook in grote verpakking terugbetaald.

Maagzuurremmers in dosages onder 40 mg worden nog steeds terugbetaald, ook in grote verpakkingen.

1.4. Apothekers

Beoogd wordt het specifieke honorarium voor de afgifte van een geneesmiddel van hoofdstuk 4 in de derdebetalersregeling af te schaffen. Het betreft een honorarium van 1,28 euro, wanneer de apotheker een geneesmiddel verstrekt dat opgenomen is in hoofdstuk 4 en waarvoor de derdebetalersregeling van toepassing is.

De digitalisering en de automatisering van de administratieve procedure voor de geneesmiddelen van hoofdstuk 4 hebben de controle vereenvoudigd. Men kan zich dus afvragen of een vergoeding in dit geval noodzakelijk is. Tijdens het begrotingsconclaaf heeft de regering beslist die vergoeding te schrappen.

Er wordt overleg gepleegd met de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en met OPHACO over het meerjarenplan betreffende de evolutie van de apotheken

1.3.4. Inhibiteurs de l'acidité gastrique

L'adaptation visant à lutter contre la surconsommation d'inhibiteurs de l'acidité gastrique au plus fort dosage suit l'avis scientifiquement étayé de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). La CRM indique qu'un traitement de plus de huit semaines au moyen d'un inhibiteur de l'acidité gastrique au plus fort dosage ne se justifie pas médicalement, sauf pour les personnes souffrant du syndrome de Zollinger-Elisson.

L'inhibiteur de l'acidité gastrique au lansoprazole est une deuxième exception: il est médicalement justifié de prendre cet inhibiteur de l'acidité gastrique au plus fort dosage pendant plus de huit semaines.

Pour ce qui est des inhibiteurs de l'acidité gastrique, qui sont toujours délivrés sur prescription, la situation sera donc à l'avenir la suivante:

Les inhibiteurs de l'acidité gastrique au plus fort dosage en grands conditionnements ne sont plus remboursés. Exceptions:

— Pour les patients souffrant du syndrome de Zollinger Elisson, les compris sont intégralement remboursés;

— l'inhibiteur de l'acidité gastrique au lansoprazole à fort dosage est également remboursé en grand conditionnement.

Les inhibiteurs de l'acide gastrique en dosage inférieur à 40 mg continuent d'être remboursés, même en grands conditionnements.

1.4. Pharmaciens

La mesure envisagée consiste à supprimer l'honoraire spécifique en cas de délivrance d'un médicament du chapitre 4 sous le régime du tiers payant. Il s'agit d'un honoraire de 1,28 euros, lorsque le pharmacien délivre un médicament inscrit au chapitre 4 et pour lequel le tiers payant est applicable.

La digitalisation et l'automatisation du processus administratif pour les médicaments du chapitre 4 a permis de faciliter le contrôle. On peut donc s'interroger sur la nécessité d'une rémunération dans ce cas. Dans le cadre du conclave budgétaire, le gouvernement a décidé de supprimer cette rémunération.

Des discussions sont en cours avec l'Association Pharmaceutique Belge (APB) et OPHACO au sujet d'un cadre pluriannuel de l'évolution des pharmacies

en de officina-apothekers. De besparingsmaatregelen zijn ook opgenomen in het budgettaire kader van deze besprekingen. Het belangrijkste is niet deze maatregel, maar wel het ruimere debat over de toekomst van de officina-apotheker. Er zullen dus keuzes moeten worden gemaakt wat de modernisering en de vergoeding van de apothekers betreft. De apothekers hoopten inderdaad de honoraria van hoofdstuk 4 in deze reorganisatie op te nemen en te herinvesteren. Maar ondertussen wordt gewerkt aan een meerjarencader: het zal de apothekers een perspectief bieden en tegelijk in overeenstemming zijn met de door de overheid uitgezette strategische en budgettaire lijnen.

1.5. *Wijkgezondheidscentra en medische huizen*

De medische huizen hebben hun plaats in de Belgische gezondheidszorg: hiermee wordt ook een zwakkere groep medeburgers bereikt. Maar de medische huizen moeten ook zo doeltreffend mogelijk werken, aangezien het om een budget van 150 miljoen gaat. Het is niet zo vreemd dat een beleidsevaluatie uitgevoerd wordt om na te gaan of die grote som geld zo goed mogelijk besteed wordt.

De voorbije vijf jaar zijn de uitgaven van de medische huizen met gemiddeld meer dan 10 % per jaar gestegen. Het totaalbudget van de medische huizen is momenteel (in 2016) 150 miljoen per jaar. De technische ramingen van het RIZIV geven aan dat er dit jaar maar 147 miljoen euro zal opgenomen worden. Toch voorzagen diezelfde ramingen van het RIZIV in een stijging van het budget tot ongeveer 163 miljoen euro. Na de voorziene besparingen van 7 miljoen euro, stijgt het beschikbare budget in 2017 nog altijd met 11 miljoen euro vergeleken met de voorziene uitgaven in 2016. De medische huizen gaan er dus absoluut niet op achteruit zoals sommigen graag laten uitschijnen.

Wat nieuwe initiatieven betreft: projecten die hun dossier hebben ingediend uiterlijk op 8 oktober 2016 zullen ook behandeld worden door de permanente werkgroep die deze dossiers behandelt binnen het RIZIV.

Per analogie met wat de minister in 2016 heeft gedaan voor de huisartsenwachtposten, wil zij een beleidsevaluatie uitvoeren inzake de organisatie, werking en kostenstructuur van de medische huizen. De minister wenst na te gaan of het reglementair en budgettair kader moet en kan geoptimaliseerd worden. Deze beleidsevaluatie zal in 2017 worden afgerond.

et pharmaciens d'officine. Ces économies sont aussi intégrées dans le cadre budgétaire de ces discussions. Le plus important, ce n'est pas cette mesure-ci, mais bien le débat plus large concernant le futur du pharmacien d'officine. Il faudra donc faire des choix quant à la modernisation et la rémunération des pharmaciens. Il est vrai que les pharmaciens avaient espéré pouvoir inclure les honoraires du chapitre 4 à cette réorientation et qu'ils auraient donc voulu les réinvestir. Mais entre-temps, un cadre pluriannuel est en gestation: il permettra d'offrir une perspective aux pharmaciens et il suit en même temps les lignes stratégiques et budgétaires définies par les pouvoirs publics.

1.5. *Maisons médicales*

Les maisons médicales ont leur place dans le paysage belge des soins de santé: elles permettent de toucher également un groupe plus faible de citoyens. Mais les maisons médicales doivent également fonctionner le plus efficacement possible, elles représentent malgré tout un budget de 150 millions d'euros. Il n'y a rien d'anormal que l'on procède à une évaluation destinée à vérifier que cette importante somme d'argent est bien affectée.

Au cours des cinq dernières années, les dépenses des maisons médicales ont augmenté de plus de 10 % par an en moyenne. Le budget annuel total des maisons médicales s'élève actuellement (en 2016) à 150 millions d'euros. Selon les estimations techniques de l'INAMI, le montant utilisé cette année ne s'élèverait qu'à 147 millions d'euros. Or, ces mêmes estimations de l'INAMI prévoyaient une hausse du budget jusqu'à environ 163 millions d'euros. Après les économies prévues de 7 millions d'euros, le budget disponible en 2017 augmente encore toujours de 11 millions d'euros par rapport aux dépenses prévues en 2016. La situation des maisons médicales ne régresse donc absolument pas, contrairement à ce que d'aucuns aiment à laisser croire.

En ce qui concerne les nouvelles initiatives, les projets ayant déposé leur dossier pour le 8 octobre 2016 au plus tard seront également traités par le groupe de travail permanent chargé de ces dossiers au sein de l'INAMI.

À l'instar de ce que la ministre a fait en 2016 pour les postes de garde des médecins généralistes, elle souhaite procéder à une évaluation de la politique mise en œuvre en matière d'organisation, de fonctionnement et de structure des coûts des maisons médicales. La ministre souhaite vérifier si le cadre réglementaire et budgétaire doit et peut être optimisé. Cette évaluation sera clôturée en 2017.

Naast het feit dat sinds 2008 het aantal medische huizen en de uitgaven ervoor, zeer sterk is toegenomen, die een vervolgevaluatie op zich al motiveren, zijn een aantal bijkomende vragen van belang om in de audit mee te nemen. Een aantal vragen betreffen de financieringsbronnen en aanwending daarvan in de medische huizen en de organisatie en werking van de medische huizen: welke types van medische huizen zijn er en wat betekent dat op vlak van organisatie, werking, kost, patiëntentevredenheid, enz. Deze audit wordt momenteel voorbereid. De werkgroep medische huizen van het RIZIV, waarin de sector ook betrokken is, zal hierover geconsulteerd worden. Ook bij de uitwerking en de resultaten van het onderzoek, zal de werkgroep betrokken worden.

1.6. Indexering

De minister is goed bewust van het strikte budgettaire kader waarin de middelen 2017 inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging werden toegekend.

Eerst en vooral wil de minister de maatregel inzake indexinhouding voor de honorariasectoren toch wel in het juist perspectief plaatsen. Het indexeringspercentage voor 2017 zou 2,51 % en ongeveer 368 miljoen euro bedragen. Het werd eigenlijk opgesplitst in drie ongeveer gelijke delen:

— een eerste derde (0,85 %) werd ingehouden om de indexsprong van 2 % die de regering aan alle burgers heeft gevraagd, ook bij de zorgverleners vol te maken. In de twee voorbije jaren was die benen immers nog maar voor 1,15 % gerealiseerd;

— een tweede deel wordt nu ingehouden als bijkomende besparingsmaatregel; terwijl

— het overblijvende derde ten bedrage van 122 miljoen euro wel wordt vrijgegeven.

Alle sectoren werden gelijk benaderd in deze. Het overhevelen van de overblijvende indexmassa naar bepaalde sectoren, bijvoorbeeld de thuisverpleging, is weinig realistisch gezien dit per definitie ten nadele van andere aangesproken sectoren zou moeten gebeuren. Het komt de minister voor dat dergelijke benadering in de huidige krappe budgettaire omstandigheden weinig kans op goedkeuring in het verzekeringscomité zou hebben, al helemaal niet op de bank van de zorgverleners.

Outre que depuis 2008 on observe une très forte croissance du nombre de maisons médicales et de leurs dépenses, qui justifie en soi déjà une évaluation de suivi, il est important d'inclure un certain nombre de questions complémentaires dans l'audit. Un certain nombre de questions concernent les sources de financement et leur affectation dans les maisons médicales et l'organisation et le fonctionnement des maisons médicales: quels types de maisons médicales existe-t-il et qu'est-ce que cela signifie sur le plan de l'organisation, du fonctionnement, du coût, de la satisfaction des patients, etc. Cet audit est actuellement en préparation. Le groupe de travail Maisons médicales de l'INAMI, auquel le secteur est également associé, sera consulté à ce propos. Le groupe de travail sera également associé à l'élaboration et aux résultats de l'enquête.

1.6. Indexation

La ministre a pleinement conscience du cadre budgétaire strict dans lequel les moyens de 2017 ont été attribués en matière d'assurance des soins de santé.

La ministre tient avant tout à remettre en perspective la mesure en matière de retenue de l'index. Le pourcentage d'indexation s'élèverait à 2,51 % et quelque 368 millions d'euros en 2017. Il a en fait été scindé en trois parties quasi égales:

— un premier tiers (0,85 %) a été retenu en vue de compléter également auprès des prestataires de soins le saut d'index de 2 % que le gouvernement a demandé à tous les citoyens de consentir. Au cours des deux années écoulées, il n'atteignait dans leur cas encore que 1,15 %;

— une deuxième partie est à présent retenue à titre de mesure d'économie complémentaire;

— alors que le tiers restant d'un montant de 122 millions d'euros est bel et bien dégagé.

Tous les secteurs ont été traités de manière identique en l'espèce. Le transfert de la masse d'indexation vers certains secteurs, comme par exemple les soins infirmiers à domicile, n'est guère réaliste, étant donné que cela devrait par définition se faire au détriment d'autres secteurs concernés. Il semble à la ministre qu'en égard aux difficultés budgétaires actuelles, une telle approche n'aurait guère de chance d'être approuvée au comité de l'assurance, certainement pas par les prestataires de soins.

Het verzekeringscomité van het RIZIV heeft op 5 december 2016 trouwens de (alternatieve) voorstellen van de zorgsectoren besproken inzake de toewijzing van de overblijvende indexmassa.

Uit de bespreking in het verzekeringscomité blijkt dat sommige sectoren opteren voor een lineaire verhoging van hun honoraria met de beschikbare indexmassa; andere sectoren verkiezen om de beschikbare indexmassa te gebruiken voor welbepaalde nieuwe initiatieven. Bijvoorbeeld de sector van de ziekenhuizen overweegt om de middelen te investeren in het oncologisch dagziekenhuis. Andere sectoren hebben nog geen beslissing genomen.

Meer specifiek wat de vraag over het dreigement van de artsen om het medicomutakkoord op te blazen en wat de minister in dat geval aan maatregelen zou nemen, kan zij meegeven dat er sinds einde oktober (toen dat dreigement geuit werd) toch wel evolutie is.

In tegenstelling met wat sommigen dachten het geval te zijn, laten de bepalingen van het lopend medicomutakkoord 2016-2017 niet zonder meer toe te stellen dat dit akkoord van rechtswege is opgeheven naar aanleiding van de door de regering besliste budgettaire maatregelen. De artsensyndicaten hebben dat ook ingezien. Maar ook de door sommige artsensyndicaten voorgenomen oproep tot individuele deconventionering is afgeblazen na enkele constructief verlopen gesprekken die de minister en haar beleidscel hadden met de vertegenwoordigers van die artsensyndicaten.

De voorzitter van de medicomut heeft op 2 december 2016 dan ook meegedeeld dat er binnen die instantie een akkoord is tot stand gekomen om door middel van een reeks alternatieve besparingsmaatregelen het door de regering vooropgestelde te besparen bedrag op structurele wijze te realiseren en tegelijk toch voor bepaalde verstrekkingen een grotere indexatie te kunnen toekennen.

1.7. Fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom

De terugbetaling van de kinesithérapie wordt niet geschrapt. Fibromyalgie en chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) worden geschrapt in de Fb-lijst van de kinesithérapie, de lijst van de specifieke aandoeningen, maar de kinesithérapie voor fibromyalgie en CVS is verschoven naar de rubriek "courante verstrekkingen" en daardoor hebben deze patiënten recht op 18 zittingen.

Le comité de l'assurance de l'INAMI a du reste examiné, le 5 décembre 2016, les propositions (alternatives) des secteurs de soins concernant l'affectation de la masse d'indexation restante.

Il ressort des discussions menées au comité de l'assurance que certains secteurs choisissent d'affecter la masse d'indexation disponible à une augmentation linéaire de leurs honoraires, alors que d'autres secteurs préfèrent utiliser la masse d'indexation disponible pour certaines nouvelles initiatives précises. C'est ainsi que le secteur des hôpitaux envisage d'investir les moyens dans l'hôpital de jour oncologique, tandis que d'autres secteurs n'ont pas encore pris de décision.

En ce qui concerne plus spécifiquement la question relative à la menace proférée par les médecins de faire sauter l'accord médico-mutualiste et aux mesures que la ministre prendrait dans ce cas, la ministre peut indiquer que la situation a malgré tout évolué depuis la fin octobre (date à laquelle cette menace a été proférée).

Contrairement à ce que d'aucuns pensaient, les dispositions de l'accord médico-mutualiste 2016-2017 en cours ne permettent pas purement et simplement d'affirmer que cet accord est abrogé de plein droit à la suite des mesures budgétaires décidées par le gouvernement. Les syndicats médicaux s'en sont également rendu compte. Mais l'appel que certain syndicats médicaux envisageaient de lancer aux médecins individuels afin qu'ils se déconventionnent a également été suspendu après que la ministre et sa cellule stratégique ont eu quelques entretiens constructifs avec les représentants de ces syndicats médicaux.

Le 2 décembre 2016, le président de la médico-mut a dès lors annoncé qu'un accord était intervenu au sein de l'instance en vue de réaliser de manière structurelle, par le biais d'une série de mesures d'économie alternatives, l'économie préconisée par le gouvernement et de pouvoir malgré tout également accorder une indexation accrue pour certaines prestations.

1.7. Fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique

Le remboursement de la kinésithérapie n'est pas supprimé. La fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique (SFC) sont rayés de la liste Fb de la kinésithérapie, la liste des affections spécifiques, mais la kinésithérapie pour la fibromyalgie et le SFC est transférée vers la rubrique "prestations courantes", si bien que ces patients ont dès lors droit à 18 séances.

Daarenboven er zijn ook voordelen bedongen. De zittingen worden aan hetzelfde tarief geboden als in de Fb-lijst en ook hetzelfde persoonlijk aandeel geldt. Financieel geldt dus dezelfde situatie voor de patiënten.

Deze beslissing werd door de Technische Raad voor kinesitherapie genomen op basis van advies van alle Belgische universiteiten (experten, artsen en kinesitherapeuten), dus een compleet panel van mensen die goed weten waar ze mee bezig zijn. Ook wetenschappelijke literatuurstudie en het KCE rapport werden geraadpleegd.

De eerste zittingen worden gebruikt voor informatie en leren leven/omgaan met de ziekte. Vervolgens probeert men via oefentherapie de patiënt te motiveren tot revalidatie. De zittingen moeten ten minste 45 minuten duren. Dat is ook meer als in de omringende landen. De arts kan altijd opnieuw 18 zittingen voorschrijven als het nodig en verantwoord is. Een voorafgaande aanvraag bij de adviserende arts van het ziekenfonds is niet meer nodig; dat is recent op het verzekeringscomité beslist. Een voorschrift van de behandelende arts volstaat dus.

De RIZIV-conventie voor expertise centra plus de lokale erkende psychologen voor cognitieve gedragstherapie blijft behouden. Fibromyalgiepatiënten kunnen een behandelingsplan krijgen in pijncentra, naast curatieve aspecten in pijnbehandeling ook intensieve psychosociale begeleiding. Uniforme regels voor evaluatie door de adviserende arts zijn in de maak bij de technisch medische raad van het RIZIV (Dienst uitkeringen).

2. Transversale beleidslijnen

2.1. *Patiënt betrekken in het beleid*

Om de participatie van de patiënten te verankeren in alle aspecten van het gezondheidsbeleid, ontwikkelt de minister in haar beleid verschillende elementen.

Ten eerste wordt de financiering van de belangenorganisaties voor patiënten (Ligue des Usagers des Soins de Santé, LUSS en Vlaams Patiëntenplatform, VPP) tijdens deze regeerperiode verdrievoudigd. Een deel van dat budget wordt gebruikt voor de oprichting van antennes, die met verschillende opdrachten belast zijn: ondersteuning bieden, administratieve hulp verstrekken, de samenwerking tussen de lokale patiëntenorganisaties vergemakkelijken, de patiëntenbehoeften in kaart

Des avantages ont en outre été convenus. Les séances sont offertes au même tarif que dans la liste Fb et la quote-part personnelle est également identique. Financièrement parlant, la situation est donc la même pour les patients.

Cette décision a été prise par le Conseil technique de la kinésithérapie sur la base de l'avis de toutes les universités belges (experts, médecins et kinésithérapeutes), un panel complet de personnes bien au fait de la matière. Une étude de la littérature scientifique et le rapport du KCE ont également été consultés.

Les premières séances sont destinées à informer le patient et à lui apprendre à vivre avec la maladie. Ensuite, il est tenté de remotiver le patient pour la revalidation par une thérapie d'exercices. Les séances doivent durer 45 minutes au moins, ce qui est plus long que dans la pays limitrophes. Le médecin peut toujours prescrire une nouvelle série de 18 séances si cela est nécessaire et justifié. Il n'est plus nécessaire d'introduire une demande préalable auprès du médecin-conseil de la mutualité; la décision en a été prise récemment au comité de l'assurance. Il suffit dès lors d'une prescription du médecin traitant.

La convention INAMI pour les centres d'expertise et les psychologues agréés en thérapie comportementale cognitive est maintenue. Les patients atteints de fibromyalgie peuvent obtenir un plan de traitement dans des centres de la douleur, et bénéficier outre des aspects curatifs dans le cadre du traitement de la douleur d'un accompagnement psychosocial intensif. Le conseil technique médical de l'INAMI (service indemnités) prépare des règles uniformes pour l'évaluation par les médecins-conseils.

2. Lignes politiques transversales

2.1. *Impliquer le patient dans la politique*

Afin d'ancrer la participation des patients dans tous les aspects de la politique de santé, la ministre développe plusieurs éléments dans sa politique.

Tout d'abord, le financement des structures faïtières des patients (Ligue des Usagers des Soins de Santé, LUSS et Vlaams Patiëntenplatform, VPP) augmente fortement, de l'ordre du simple au triple, au cours de la présente législature. Une partie de ce budget est dédiée à la création d'antennes, dont les objectifs sont de soutenir, d'aider au niveau de l'administration et de faciliter la coopération entre, les organisations locales de patients, de cartographier les besoins des patients et

brengen en de patiënten een stem geven ten aanzien van de lokale besturen op mesoniveau.

Daarnaast zijn de genoemde patiëntenorganisaties vertegenwoordigd in heel wat organen: het Observatorium voor de chronische ziekten binnen het RIZIV, de federale commissie “Patiëntenrechten”, het Opvolgingsbureau voor de tarifiering, de commissie voor geneesmiddelen van het FAGG en de raad van bestuur van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Tot slot zijn voormelde patiëntenorganisaties betrokken bij de twintig proefprojecten inzake geïntegreerde zorg voor chronische patiënten. Ze steunen de intentieverklaring en hebben ze ondertekend; ze zijn betrokken bij de participatie van de patiënt aan deze proefprojecten. De projecten die de patiëntenverenigingen niet structureel overnemen, voldoen niet aan de voorwaarden om te worden voortgezet.

2.2. Evidence-based beleid en praktijken

2.2.1. Evidence-based praktijken

2.2.1.1. Uitrol van de richtlijnen in de praktijk en toegang tot EBM-practice net

In 2016 werd een inventaris opgesteld van alle initiatieven inzake *evidence based practice*. Er vonden ook gesprekken plaats met de *stakeholders*.

In 2017 zal de minister een stuurgroep oprichten, onder het voorzitterschap van het KCE. De doelstelling is om een meerjarencader uit te werken voor *evidence based practice* tussen 2018-2020. Het is uiterst belangrijk dat eens goede richtlijnen zijn ontwikkeld of aangepast aan de Belgische setting, deze ook geïmplementeerd worden. Veel waardevolle richtlijnen bestaan reeds.

De minister zal bijgevolg meer moeten inzetten in de toekomst op een maximale implementatie van de richtlijnen door bijvoorbeeld een koppeling van *evidence based practice* met het elektronische patiëntendossier, met zowel een push als een pull systeem, *e-learning* pakketten en een toegankelijke portaalsite. Een push systeem maakt mogelijk dat informatie automatisch aangeleverd wordt, bijvoorbeeld met *decision support tools*. Een versterking van het pull systeem moet het voor iedere professionele zorgverlener mogelijk zijn om met een muisklik gevalideerde informatie te verkrijgen, van aan het bed, de praktijk, thuis bij de patiënt.

d'assurer la répercussion de la voix des patients auprès des pouvoirs locaux au mésoniveau.

Ensuite, les structures faïtières des patients précitées sont représentées au sein de multiples organes: l'observation des maladies chroniques de l'INAMI, la commission fédérale “Droits des patients”, le bureau de suivi de la tarification, la commission des médicaments de l'AFMPS, et le conseil d'administration du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

Enfin, les structures faïtières des patients précitées participent aux 20 projets pilotes relatifs aux soins intégrés soins chroniques. Ils ont soutenu et signé la déclaration d'intention; ils participent au chapitre concernant l'implication du patient dans ces projets pilotes. Les projets que les structures faïtières de patients ne reprennent pas de manière structurelle ne répondent pas aux conditions pour pouvoir être poursuivis.

2.2. Politique et pratiques fondées sur des preuves

2.2.1. Pratiques fondées sur des preuves

2.2.1.1. Implémentation des directives dans la pratique et accès à EBM-practice net

En 2016, un inventaire de toutes les initiatives relatives à des pratiques fondées sur des preuves a été dressé. Des discussions avec les parties prenantes ont également eu lieu.

En 2017, la ministre créera un groupe de pilotage sous la présidence du KCE. L'objectif est d'élaborer un cadre pluriannuel relatif aux pratiques fondées sur des preuves pour 2018-2020. Il est essentiel que ces bonnes pratiques, une fois développées et adaptées au contexte belge, soient également mises en œuvre. Bon nombre de ces précieuses directives existent déjà.

La ministre devra par conséquent miser davantage, à l'avenir, sur une mise en œuvre maximale de ces directives en liant, par exemple, une pratique fondée sur des preuves au dossier électronique du patient, avec tant un système push que pull, des paquets *e-learning* et un portail accessible. Un système push permet la fourniture automatique d'informations, par exemple à l'aide d'outils d'appui aux décisions. Un renforcement du système pull doit permettre à tout professionnel des soins de santé d'obtenir des informations validées d'un clic de souris, que ce soit au cabinet médical, au chevet ou au domicile du patient.

De minister benadrukt haar wens om dit uit te breiden tot andere professionele disciplines zoals de paramedische beroepen.

2.2.1.2. Investerings in *evidence based practice*

De tabellen die een lid aanhaalt, verwijzen naar een bedrag van 237 000 euro. Dit werkingskrediet zal aangewend worden ter ondersteuning van diverse projecten in verband met de gezondheidszorgberoepen zoals vermeld in het regeringsprogramma. De doelstelling is de modernisering en de ondersteuning van de organisatie van gezondheidsberoepen. Voor wat de indicatoren betreft zal een voorstudie worden gevoerd omtrent niet RIZIV gebonden prestaties van kinesitherapeuten (40 000 euro).

2.2.2. Gezondheidsdoelstellingen / gezondheidsenquête / *Health Status Rapport*

2.2.2.1. Methodologisch kader voor de gezondheidsdoelstellingen

De Belgische overheden werken reeds met gezondheidsdoelstellingen in hervormingen. Een aantal zijn gebaseerd op gezondheidsdoelstellingen (bijvoorbeeld de Farmapact, de ziekenhuisfinanciering, de tabaksplan, enz.), andere houden verband met akkoorden en overeenkomsten (dentomut inzake mondzorggezondheid en medicomut inzake keizersneden).

Om dit op een meer geïntegreerde, globale wijze te doen is er een goede methodiek nodig. Dit blijkt immers uit lessen uit de buurlanden. Een probleem is dat er in de Interministeriële Conferentie vastgesteld werd dat de deelstaten met eigen doelstellingen en methodiek werken.

2.2.2.2. Verhouding tussen de gezondheidsenquête met het nieuw *Health Status Rapport*

Een waardevol instrument om de performantie van het gezondheidszorgsysteem in kaart te brengen, bestaat reeds. Naast dit performantierapport zal ook voor België een "*health status rapport*" worden opgesteld, dat complementair aan het performantierapport zal zijn.

De gezondheidsenquête is een primaire bron van informatie voor deze rapporten. De gezondheidsenquête betreft een bepaalde methodologie om gegevens over de gezondheidstoestand te verzamelen. Veel meer informatie is echter beschikbaar, zoals RIZIV-gegevens, registraties binnen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid

La ministre souligne son souhait d'étendre cet outil aux autres disciplines professionnelles, comme les professions paramédicales.

2.2.1.2. Investissements dans des pratiques fondées sur des preuves

Un membre évoque un tableau faisant état d'un montant de 237 000 euros. Ce crédit de fonctionnement sera utilisé pour soutenir divers projets relatifs aux professions des soins de santé, comme annoncé dans le programme du gouvernement. L'objectif est de moderniser et de soutenir l'organisation des professions de la santé. En ce qui concerne les indicateurs, une étude préalable sera menée concernant les prestations non liées à l'INAMI, comme celles des kinésithérapeutes (40 000 euros).

2.2.2. Objectifs de santé / enquête de santé / *Rapport sur l'état de santé*

2.2.2.1. Cadre méthodologique relatif aux objectifs de santé

Les autorités belges travaillent déjà sur des objectifs de santé, dans le cadre des réformes. Certaines sont fondées sur des objectifs de santé (par exemple, le Pacte pharma, le financement des hôpitaux, le plan tabac, etc.) et d'autres se situent dans le cadre d'accords et de conventions (dentomut pour la santé buccale et Médicomut pour les césariennes).

Pour agir de manière plus intégrée et plus globale, il faut appliquer une bonne méthodologie. Nos voisins l'ont appris à leurs dépens, à nous d'en tirer les leçons. Un problème mis en évidence par la Conférence interministérielle vient du fait que les entités fédérées poursuivent leurs propres objectifs et appliquent leur propre méthodologie.

2.2.2.2. Rapport entre l'enquête de santé et le nouveau rapport sur l'état de santé

Il existe déjà un précieux instrument permettant d'identifier la performance dans le système des soins de santé. Outre ce rapport sur la performance, un rapport sur l'état de santé sera également rédigé pour la Belgique et viendra compléter le rapport sur la performance.

L'enquête de santé constitue une source d'information primaire de ces rapports. Elle applique une certaine méthodologie destinée à collecter des données sur l'état de santé. Mais elle met également beaucoup plus de données à disposition, comme les données INAMI, les enregistrements au sein du SPF Santé publique,

van de Voedselketen en Leefmilieu, gegevens van het InterMutualistisch Agentschap, en andere onderzoeksresultaten. Deze gegevens bundelen moet toelaten om een totaalbeeld te genereren van de gezondheid van inwoners van België. Op basis van deze twee rapporten zullen prioriteiten bepaald worden en vervolgens gezondheidsdoelstellingen en gezondheidszorgdoelstellingen worden geformuleerd.

Het KCE is een voorbeeld wat betreft het betrekken van *stakeholders* en patiëntenorganisaties. Het KCE zal bijgevolg een belangrijke rol krijgen in de ontwikkeling van de gezondheidsdoelstellingen.

Het *health status rapport* is belangrijk voor het voeren van een “*health in all policies*”-beleid en het eerste Belgisch *health status report* moet gelden als een soort van nulmeting voor het uitwerken van de gezondheidsdoelstellingen. In 2018 zal dit rapport worden opgemaakt.

2.2.3. Kwaliteit, veiligheid, doelmatigheid

De federale overheid meent dat bijkomende acties in het domein van medische beeldvorming noodzakelijk zijn nu de uitvoering van het protocolakkoord van 24 februari 2014 bijna voltooid is. Recente evoluties zoals de budgetoverschrijdingen binnen de sector van de medische beeldvorming, de vaststelling dat er verschillende “illegale” NMR-toestellen opgesteld staan in ziekenhuizen, de ontwikkeling van nieuwe beeldvormingstechnieken, enz., nopen de overheid daartoe.

De actiepunten die de federale overheid in een “vervolgakkoord” op het protocolakkoord van 24 februari 2014 zou willen behandeld zien, kunnen opgesplitst worden in drie grote assen. De leidende principes bij de actiepunten zijn: de verhoging van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg, de budgettaire beheersing en een sluitende handhaving.

Rond kwaliteit, veiligheid en doelmatigheid in medische beeldvorming worden verschillende initiatieven bestudeerd en voorbereid:

2.2.3.1. Stralingspaspoort

Het ontwikkelen van een stralingspaspoort voor de patiënt kan een belangrijk instrument zijn in de strijd tegen de hoge stralingsbelasting van de Belgische bevolking door medische beeldvorming. Het versterkend effect van een dergelijk “paspoort” op de reeds bestaande bewustwordingscampagnes, lijkt niet te verwaarlozen. In verschillende ziekenhuizen worden reeds tools als “*dosewatch*” gebruikt om de stralingsbelasting te meten.

Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, des données de l'Agence InterMutualiste, et d'autres résultats de recherche. En regroupant ces données, il doit être possible de générer une image complète de la santé des habitants de la Belgique. Sur la base de ces deux rapports, des priorités seront définies et, ensuite, des objectifs seront fixés en termes de santé et de soins de santé.

Le KCE est un exemple en matière d'implication des parties prenantes et des organisations de patients. Par conséquent, un rôle important lui sera dévolu dans le cadre du développement des objectifs de santé.

Le rapport sur l'état de santé est important pour mener une politique de “*health in all policies*” et le premier “*health status report*” belge sera une sorte de mesure de référence pour l'élaboration des objectifs de santé. Ce rapport sera rédigé en 2018.

2.2.3. Qualité, sécurité, efficacité

Le gouvernement fédéral estime que des mesures supplémentaires sont nécessaires dans le domaine de l'imagerie médicale, dès lors que la mise en œuvre du protocole d'accord du 24 février 2014 est pratiquement achevée. Le gouvernement y est contraint en raison des développements récents, comme les dépassements budgétaires au sein du secteur de l'imagerie médicale, le constat que des appareils IRM “illégaux” sont installés dans les hôpitaux, les évolutions en ce qui concerne les nouvelles techniques d'imagerie médicale.

Les points d'action que le gouvernement fédéral voudrait voir traités dans un accord qui fait suite au protocole d'accord du 24 février 2014 peuvent être subdivisés en trois grands axes. Les principes directeurs de ces points d'action sont: l'augmentation de la qualité et de l'efficacité des soins, la maîtrise budgétaire et le respect efficace des engagements.

En ce qui concerne la qualité, la sécurité et l'efficacité de l'imagerie médicale, différentes initiatives sont à l'étude et en préparation:

2.2.3.1. Passeport radiologique

Le développement d'un passeport radiologique pour le patient peut constituer un important instrument pour lutter contre le dépassement des seuils de rayonnements auxquels la population belge est exposée dans le cadre de l'imagerie médicale. L'effet “renforceur” d'un tel “passeport” sur les campagnes de sensibilisation existantes semble non négligeable. Dans différents hôpitaux, des outils tels que l'application “*DoseWatch*”

Het is dus vooral zaak om de informatie te ontsluiten en deze informatie te laten opnemen in het globaal medisch dossier. Het is uiteraard niet de bedoeling om een apart papieren document te creëren.

Samen met het FANC zal ook gewerkt worden aan een betere stralingsbescherming van de operatoren.

2.2.3.2. Beslissingsondersteuning

Een doelmatig gebruik van medische beeldvorming begint bij een correct voorschrijfgedrag. Tools als “*iGuide*” hebben reeds hun nut bewezen in andere landen als hulpmiddel voor de voorschrijver om de correcte beeldvorming voor de correcte indicaties voor te schrijven. De minister wenst het gebruik van systemen voor beslissingsondersteuning uit te testen en te ondersteunen binnen enerzijds een EBM-beleid en anderzijds om de doelmatigheid van diagnostiek en zorg te verhogen.

2.2.3.3. Focus op onderhoud

Een correct onderhoud van complexe beeldvormings-toestellen is een belangrijke garantie voor kwaliteitsvolle en veilige onderzoeken. De minister wil bekijken op welke manier we een correct ‘onderhoud’ een onderdeel kan laten uitmaken van de kwaliteitsaanpak. Het MedDev-pact dat met de industrie werd afgesloten speelt hier ook op in. Daarnaast worden steeds meer regels opgelegd in het kader van EU-richtlijnen (EURATOM).

2.2.3.4. Nieuwe financieringsmodellen

De nieuwe financieringsmodellen bevatten degressieve honoraria voor CT-onderzoeken met toestellen met hogere stralingsexpositie. Geen index wordt toegepast op het deel van de honoraria die investeringen dekken. In het kader van *Pay for performance* wordt er in incentive voorzien voor diensten die kwalitatief dosimetrisch presteren. Voor de oncologische indicaties worden trajecten getekend voor de beeldvorming voor staging en opvolging van bepaalde pathologieën (bijvoorbeeld lymfomen). Een analyse wordt doorgevoerd van de geneesmiddelen en de andere behandelingen waarvoor bijkomende staging een terugbetalingsvoorwaarde is.

2.2.3.5. Kwaliteit van de beeldvorming zelf

Er zal onderzocht worden op welke manier een audit kan uitgevoerd worden inzake de kwaliteit van de uitgevoerde onderzoeken en de geschoten beelden. Al te

sont déjà utilisés pour mesurer la dose de rayonnement. L'enjeu est donc essentiellement de rendre ces informations accessibles et de faire en sorte qu'elles soient intégrées dans le dossier médical global. Le but n'est pas, bien évidemment, de créer un document papier distinct.

Le gouvernement travaillera également à l'amélioration de la radioprotection des opérateurs en collaboration avec l'AFCN.

2.2.3.2. Soutien décisionnel

Une utilisation efficace de l'imagerie médicale commence par un comportement de prescription correct. Des outils tels que “*iGuide*” ont déjà prouvé leur utilité dans d'autres pays pour aider le prescripteur à prescrire l'imagerie correspondant à l'indication. La ministre souhaite tester et appuyer l'utilisation de systèmes de soutien décisionnel, d'une part, dans le cadre d'une politique EBM et, d'autre part, pour accroître l'efficacité du diagnostic et des soins.

2.2.3.3. Focalisation sur l'entretien

Un entretien correct des appareils d'imagerie complexes est une garantie importante d'examens de qualité et sûrs. Le ministre veut examiner de quelle manière nous pouvons intégrer un 'entretien' correct dans la politique de qualité. Le pacte MedDev qui a été conclu avec l'industrie va également dans ce sens. Par ailleurs, de plus en plus de règles sont imposées dans le cadre de directives de l'UE (EURATOM).

2.2.3.4. Nouveaux modèles de financement

Les nouveaux modèles de financement comprennent des honoraires dégressifs pour les examens CT avec des appareils à exposition accrue au rayonnement. Aucune indexation n'a été appliquée sur la partie des honoraires qui couvre des investissements. Dans le cadre de *Pay for performance*, un incitant est prévu pour les services performants en termes de dosimétrie. Pour les indications oncologiques, des trajets d'imagerie sont définis pour le staging et le suivi de certaines pathologies (les lymphomes par exemple). Il est procédé à une analyse des médicaments et des autres traitements pour lesquels un staging supplémentaire constitue une condition de remboursement.

2.2.3.5. Qualité de l'imagerie proprement dite

On examinera de quelle manière un audit peut être réalisé concernant la qualité des examens effectués et des images prises. Trop souvent, des examens doivent

dikwijls moeten onderzoeken opnieuw gedaan worden omdat het eerste onderzoek te weinig kwalitatief is uitgevoerd. Tools zoals “*datamining*” kunnen hierin helpen. In eerste instantie zal aan het RIZIV gevraagd worden om pre-onderzoek te doen.

2.2.4. Toegankelijkheid

2.2.4.1. Supplementen

Tijdens deze zittingsperiode heeft de minister reeds een aantal initiatieven genomen inzake de regulering en beheersing van de supplementen: het verbod op supplementen in twee- en meerpersoonskamers in dagziekenhuis, een beperking van de supplementen in klinische biologie, de conventie borstreconstructie in verband met de supplementen die plastisch chirurgen aanreken in het kader van de warmeborstreconstructie.

De minister volgt deze problematiek nauw op, vanuit het perspectief van de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt. Tegelijkertijd is het belangrijk om ook ruimte te geven aan het overleg. Ziekenfondsen en artsenvertegenwoordigers hebben met elkaar afgesproken in het Medicomutakkoord 2016-2017 om voor eind 2017 de problematiek van de supplementen grondig te analyseren en ter zake voorstellen te doen. De Medicomut weet dat dit een belangrijke prioriteit is voor de minister. Zij hoopt dan ook op een duidelijke analyse en werkbare voorstellen.

Eenzijdige beslissingen vanwege de regering en de minister is door de onderhandelende ziekenfondsen en artsen opgenomen als een aanleiding tot opheffing van rechtswege van het medicomutakkoord.

2.2.4.2. Migrantenzorg

Er zullen een aantal initiatieven worden genomen – en sommige zijn al ten uitvoer gelegd – om de toegang tot en de kwaliteit van de zorg voor migranten en etnische minderheden te verbeteren.

Met het oog op de bredere inzet van de interculturele bemiddeling op afstand (via videoconferentie) in de ambulante zorg heeft de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu in samenwerking met het RIZIV een app uitgewerkt. Dankzij die toepassing heeft het zorgpersoneel slechts enkele seconden nodig om een passende bemiddelaar te zoeken en te reserveren. Deze app wordt gebruikt sinds 28 november 2016.

Dankzij deze nieuwe methode kan het zorgpersoneel veel makkelijker een beroep doen op een interculturele

être refaits, parce que la qualité du premier examen était insuffisante. Des outils tels que le “*datamining*” peuvent être utiles à cet égard. Dans un premier temps, il sera demandé à l’INAMI de réaliser une étude préliminaire.

2.2.4. Accessibilité

2.2.4.1. Suppléments

Au cours de l’actuelle législature, la ministre a déjà pris une série d’initiatives relatives à la régulation et à la maîtrise des suppléments: l’interdiction des suppléments dans les chambres de deux personnes ou plus pour les hospitalisations de jour, une limitation des suppléments en biologie clinique, la convention reconstruction mammaire en ce qui concerne les suppléments facturés par les chirurgiens plastiques dans le cadre de la reconstruction mammaire autologue.

La ministre suit de près cette problématique, dans la perspective de l’accessibilité des soins pour le patient. En même temps, il importe de donner de la place à la concertation. Les mutualités et les représentants des médecins ont convenu, dans l’accord Médicomut 2016-2017, d’analyser en profondeur la problématique des suppléments et de formuler des propositions en la matière d’ici fin 2017. La Médicomut sait qu’il s’agit d’une priorité importante pour la ministre. Elle espère dès lors une analyse claire et des propositions réalistes et applicables.

Les décisions unilatérales du gouvernement et de la ministre sont perçues par les mutualités et les médecins participant aux négociations comme une occasion de supprimer de plein droit l’accord Médicomut.

2.2.4.2. Soins aux migrants

Un certain nombre d’initiatives vont être ou sont déjà mises en œuvre visant à améliorer l’accès et la qualité des soins pour les migrants et les minorités ethniques.

Afin d’assurer plus largement une médiation interculturelle à distance (par vidéoconférence) dans le secteur ambulatoire, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, en collaboration avec l’INAMI, a créé une application TIC. Grâce à ce système le personnel soignant peut en quelques secondes rechercher et réserver un médiateur approprié. Cette application est utilisée à partir du 28 novembre 2016.

La nouvelle méthode permet au personnel soignant de faire appel beaucoup plus facilement à un médiateur

bemiddelaar op afstand. Bovendien biedt de gebruikte infrastructuur méér zorgverleners dan vroeger de mogelijkheid een bemiddelaar in te schakelen. Meer dan 60 ziekenhuizen, 21 primaire zorgcentra en ongeveer 10 medische diensten van Fedasil kunnen dat systeem onmiddellijk in gebruik nemen. De interculturele bemiddeling op afstand zal na 1 januari 2017 geleidelijk aan zoveel mogelijk zorgpersoneel in de ziekenhuizen en in de ambulante zorg worden aangeboden.

De introductie van het nieuwe videoconferentiesysteem is overigens één van de thema's die aan bod zullen komen op het colloquium "25 jaar interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg", dat de FOD Volksgezondheid en het RIZIV op 9 december 2016 organiseren¹.

In 2017 zal de minister doorgaan met het project *Standards for Equity in Health Care for Migrants and other vulnerable Groups* waaraan zes Belgische ziekenhuizen participeren en dat gestoeld is op de *Task Force for Migrant-friendly Hospitals*. De minister zal de instellingen de mogelijkheid bieden systematisch tewerk te gaan om hun diversiteit te valoriseren.

In het kader van het door het Intermutualistisch Agentschap gevoerde onderzoek hebben voorafgaande besprekingen plaatsgevonden; volgend jaar wordt het debat voortgezet. Tevens heeft de Cel Interculturele Bemiddeling en Beleidssteuning van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu deelgenomen aan het SH-CAPAC-project om een gezondheidszorgbeleid voor vluchtelingen uit te werken.

In het raam van dat project zal in het eerste trimester van 2017 werk worden gemaakt van een website waarop het zorgpersoneel informatie kan vinden over de strategieën en de organisaties welke die bijzonder kwetsbare groep kunnen helpen. Er zal informatie beschikbaar zijn over de verschillende statussen van vluchtelingen en asielzoekers (alsook over de gevolgen ervan op het vlak van bijstand), over de te volgen administratieve procedures en over de interculturele bemiddelings- en tolkdiensten (inzonderheid in de geestelijke gezondheidszorg) die specifieke ervaring hebben met die groep.

De minister heeft de administratie tevens verzocht werk te maken van een update van het in 2011 voorgestelde Ethealth-verslag, dat een analyse en aanbevelingen bevat inzake het uitwerken van een gezondheidszorgbeleid voor migranten en ethnische minderheden.

¹ <http://www.health.belgium.be/nl/agenda/25-jaar-interculturele-bemiddeling-de-gezondheidszorg>

intercultureel à distance. En outre, l'infrastructure utilisée permet à un plus grand nombre de soignants de faire appel aux médiateurs que par le passé. Plus de 60 hôpitaux, 21 centres de soins primaires et environ 10 services médicaux de Fedasil pourront immédiatement utiliser ce système. La médiation interculturelle à distance sera progressivement disponible dans les hôpitaux et dans le secteur ambulatoire après la nouvelle année et ceci auprès du plus grand nombre possible de personnel soignant.

L'introduction du nouveau système de vidéoconférence est par ailleurs l'un des thèmes qui sera abordé lors du colloque "Médiation interculturelle et soins culturellement compétents" organisé par le SPF Santé Publique et l'INAMI le 9 décembre 2016¹.

En 2017, la ministre poursuivra le projet concernant les *"Standards for Equity in Health Care for Migrants and other vulnerable Groups"* auquel six hôpitaux belges ont participé et qui est basé sur la *"Task Force for Migrant-friendly Hospitals"*, et elle offrira aux institutions la possibilité de travailler de manière systématique pour faire valoir leur politique de diversité.

Dans le cadre de la recherche menée par l'Agence Intermutualiste, des discussions préliminaires ont eu lieu. Elles seront poursuivies l'année prochaine. En outre, la Cellule Médiation Interculturelle & Support de la Politique du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement a participé au projet SH-CAPAC visant à développer une politique de santé pour les réfugiés.

Dans le cadre de ce projet, des pages Web seront développées au cours du premier trimestre de 2017. Elles permettront au personnel soignant de trouver des informations sur les stratégies et les organisations qui peuvent aider ce groupe particulièrement vulnérable. Des informations seront disponibles sur les différents statuts des réfugiés et des demandeurs d'asile (et leurs implications en terme d'assistance), sur les procédures administratives à suivre et sur les services de médiation interculturelle et d'interprétariat (en particulier dans les soins de santé mentale) qui ont une expertise particulière dans le travail avec ce groupe.

La ministre, également demandé à l'administration de préparer une mise à jour du rapport Ethealth qui a été présenté en 2011 et qui présente une analyse et des recommandations sur l'élaboration d'une politique de santé pour les migrants et les minorités ethniques.

¹ <http://www.health.belgium.be/fr/agenda/25-ans-de-mediation-interculturelle-dans-les-soins-de-sante>

Uit het verslag van Dokters van de Wereld blijkt dat die organisatie in België de personen die op grond van hun status in aanmerking komen voor de terugbetaling van de gezondheidszorgkosten, systematisch doorverwijzen naar de algemene diensten. Dat verklaart waarom zoveel mensen die worden geholpen door de Belgische afdeling van Dokters van de Wereld, geen ziekteverzekering hebben.

2.2.4.3. Project voor kwetsbare zwangere vrouwen

Inzetten op de gezondheid van ongeboren kinderen en kinderen jonger dan vijf jaar kan de gezondheidskloof verminderen wanneer aangepast en actief zorg wordt geboden aan de meest kwetsbare zwangere vrouwen in de Belgische samenleving.

Om dergelijke project te kunnen opstarten in de loop van 2017 werd aan het RIZIV gevraagd in contact te treden met de ervaringsdeskundigen inzake zorgverlening aan de kwetsbare zwangere vrouwen, met als doelstelling om in de Brusselse Regio een project op te zetten.

Dit project kadert in de *Sustainable Development Goals*, de uitvoering van het witboek “*Caring for Tomorrow*” van de “*European Foundation for the Care of Newborn Infants*”, het KCE rapport 232 A (organisatie van de zorg na een bevalling) en het KCE rapport inzake kinderarmoede. Op lange termijn zijn de doelstellingen van het project om het foetaal sterftecijfer te doen dalen, het kindersterftecijfer te doen dalen, kindermishandeling te voorkomen en/of vroeger te detecteren, morbiditeit bij neonatalen te vermijden, de integratie van moeder en kind in het reguliere gezondheidssysteem te faciliteren en ongelijkheid in kansen voor kinderen te doen dalen.

2.2.4.4. Evaluatie van de verplichte derdebetalers-regeling

Deze regeling is niet van start gegaan op 1 juli 2015. De reden was de vertraagde uitrol die te wijten is aan informaticaproblemen waardoor de verstrekkers pas in laatste trimester van 2015 echt van gestart zijn gegaan.

Om een grondige evaluatie te verrichten, dient het RIZIV gegevens te hebben van een volledig jaar. Dit betekent dus dat de evaluatie zal plaatsvinden in de eerste jaarhelft van 2017. De minister volgt hierbij het regeerakkoord waarbij de verplichte derdebetalersregeling voor voorkeursgerechtigden bij huisartsen wordt toegepast. Daarna gebeurt een evaluatie. Op basis van de evaluatie zal de minister nagaan of het systeem verder kan worden toegepast.

Concernant le rapport de Médecins du Monde, cette organisation renvoie en Belgique systématiquement ceux qui disposent d'un statut permettant le remboursement des frais de soins de santé vers les services généraux. Ceci explique le pourcentage très élevé de personnes sans assurance maladie faisant partie des personnes aidées par Médecins du Monde en Belgique.

2.2.4.3. Projet relatif aux femmes enceintes vulnérables

Le fait de miser sur la santé des enfants à naître et des enfants de moins de cinq ans permet de réduire les inégalités en matière de soins de santé, tout en offrant activement des soins adaptés aux femmes enceintes les plus vulnérables de la société belge.

Pour pouvoir lancer un projet de ce type dans le courant de 2017, il a été demandé à l'INAMI de prendre contact avec les experts du vécu dans le domaine des soins aux femmes enceintes vulnérables, en vue de mettre en place un projet-pilote en Région bruxelloise.

Ce projet s'inscrit dans les objectifs de développement durable, ainsi que dans la mise en œuvre du livre blanc “*Caring for Tomorrow*” de la “*European Foundation for the Care of Newborn Infants*”, du rapport du KCE 232 A (L'organisation des soins après l'accouchement) et du rapport du KCE sur la pauvreté infantile. À long terme, l'objectif du projet est de réduire la mortalité fœtale et la mortalité infantile, de prévenir et/ou de détecter précocement la maltraitance infantile, d'éviter la morbidité chez les nouveau-nés, de faciliter l'intégration de la mère et de l'enfant dans le système régulier des soins de santé et de réduire les inégalités des chances pour les enfants.

2.2.4.4. Évaluation du régime du tiers-payant obligatoire

Cette réglementation n'est pas entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2015, en raison d'un retard de déploiement dû à des problèmes informatiques, si bien que les prestataires n'ont pu véritablement s'y atteler qu'au troisième trimestre de 2015.

Pour réaliser une évaluation approfondie, l'INAMI doit disposer des données d'une année complète. Cela signifie par conséquent que l'évaluation aura lieu au premier semestre de 2017. À cet égard, la ministre suit l'accord de gouvernement, aux termes duquel les généralistes appliqueront le régime du tiers-payant obligatoire aux bénéficiaires du régime préférentiel. L'évaluation suivra et, en fonction de ses résultats, la ministre examinera si l'application du système peut se poursuivre.

3. Patiëntgerichte zorg

3.1. Preventieve gezondheidszorg

3.1.1. Preventieprotocol

De overeenkomst bepaalt de rol die elke overheid in het kader van de preventie wordt toebedeeld, met name welke overheid zich om de registratie bekommert, welke de burgers uitnodigt voor onderzoeken, welke bepaalt welk test moet worden gekozen en hoe die moet worden gefinancierd, welke de kwaliteitscontrole op zich neemt (bijvoorbeeld de laboratoria die dikkedarmkankeropsporingstests uitvoeren) enzovoort.

Deze overeenkomsten worden gesloten in verschillende domeinen, met name geestelijke gezondheid, verslaving, voeding, neonatale screening, kanker, seksuele gezondheid (met inbegrip van hiv), hepatitis C, tuberculose en vaccins. Samen met de administratieve diensten van de bevoegde overheden werd voor elk van die thema's een technische werkgroep opgericht, die werd gelast een stand van zaken op te maken en voorstellen te formuleren, die vervolgens ter goedkeuring aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid worden voorgelegd.

Tot de prioriteiten in de overeenkomst behoren de overschakeling van de Pap-test naar de HPV-test, de opsporing van mucoviscidose bij pasgeborenen en de vaccinatie tegen het Rotavirus. Tevens kunnen asymmetrische overeenkomsten worden gesloten. De asymmetrie is mogelijk in beide richtingen en bestond al van vóór de Zesde staatshervorming. Zo verschilt de neonatale screeningstest in Wallonië van die in Vlaanderen (met de "Waalse" test voor pasgeborenen wordt op meer pathologieën getest). Vlaanderen heeft dan weer veeleer de klemtoon gelegd op de HPV-vaccins, terwijl Wallonië eerder van start is gegaan met de organisatie van de opsporing van dikkedarmkanker.

3.1.2. Terugbetaling voor vaccinatie bij jongens

Er wordt een advies afgewacht van de Hoge Gezondheidsraad inzake. Pas wanneer dit advies ontvangen is, zal het voorgelegd kunnen worden aan de werkgroep vaccinatie die opgericht is binnen de Interministeriële Conferentie door het protocolakkoord van 21 maart 2016 tussen de federale overheid en de overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake preventie.

3. Soins orientés vers le patient

3.1. Soins de santé de prévention

3.1.1. Protocole de prévention

L'accord définit quelle autorité fait quoi dans le cadre de la prévention: qui s'occupe de l'enregistrement, qui invite les citoyens à venir se faire examiner, comment déterminer quel test choisir et comment le financer, qui se charge du contrôle de la qualité, par exemple les laboratoires qui mènent des tests pour dépister le cancer du côlon, etc.

Ces accords sont conclus autour de différents thèmes, à savoir la santé mentale, l'accoutumance, l'alimentation, le dépistage néonatal, le cancer, la santé sexuelle, y compris le VIH, l'hépatite C, la tuberculose et les vaccins. Un groupe de travail technique a été mis en place pour chacun de ces thèmes avec les administrations des autorités compétentes. La mission de ce groupe de travail consiste à dresser un bilan et formuler des propositions soumises ensuite à la Conférence interministérielle de la Santé publique pour approbation.

Parmi les priorités reprises dans l'accord, on trouve le passage du test PAP au test HPV, la mucoviscidose en matière de dépistage néonatal, la vaccination contre le virus Rota. Il existe aussi une possibilité de conclure des accords asymétriques. L'asymétrie vaut dans les deux sens et existait déjà avant la Sixième Réforme de l'État. Par exemple: le test utilisé dans le cadre du dépistage néonatal est différent entre la Wallonie, qui teste les nouveau-nés pour plus de pathologies, et la Flandre. La Flandre a mis plus l'accent sur les vaccins HPV, alors que la Wallonie a plutôt commencé à organiser le dépistage du cancer du côlon.

3.1.2. Remboursement des vaccins pour les garçons

La ministre attend un avis du Conseil supérieur de la santé en la matière. Dès sa réception, l'avis pourra être soumis au groupe de travail "vaccination" institué au sein de la Conférence interministérielle par le protocole d'accord du 21 mars 2016 conclu entre l'autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière de prévention.

3.2. Chronische ziekten

3.2.1. Plan geïntegreerde chronische zorg

3.2.1.1. Pilotprojecten geïntegreerde chronische zorg

In totaal werden 20 projectconsortia weerhouden. Rekening houdend met de moeilijkheden die de projecten ondervonden om binnen de vooropgestelde termijnen te komen tot een adequaat voorstel voor locoregionaal actieplan en met de duur van het selectieproces van de wetenschappelijke equipe voor de wetenschappelijke begeleiding van de projecten werd door de Interministeriële Conferentie beslist om de conceptualisatiefase voor alle projecten te verlengen tot 31 maart 2017.

Op dit ogenblik wordt gewerkt aan een federaal financieel kader voor de projecten. In januari/februari zal de evaluatie van de actieplannen worden ontwikkeld. De doelstelling is om medio 2017 van start te kunnen gaan met de projecten.

Wat betreft de evaluatie van de projecten, werd in de zomer van 2016 “Faith” geselecteerd als wetenschappelijke equipe om de projecten geïntegreerde zorg te evalueren. “Faith” is een consortium van KUL, UCL, UGent, VUB, ULiège en UA. Het budget voor de volledige evaluatie van de vier jaar bedraagt 2,3 miljoen euro.

De projecten zelf alsook “Faith” stellen halfjaarlijkse en jaarlijkse rapporten op waaruit blijkt in welke mate de projecten hun doelstellingen halen. Ieder project krijgt een “dash board” met een aantal kernindicatoren. De metingen van de doelstellingen moeten net bijdragen tot bijsturen volgens het PDCA-principe (plannen, doen, checken en aanpassen). Slecht beheer van middelen, conflict in de consortia of het niet halen van de doelstellingen (bijvoorbeeld als de zorg voor de patiënt duurder wordt) kan aanleiding geven om het project te stoppen.

Voor de integratie van pathologie-specifieke plannen in de pilotprojecten, wijst de minister er op dat er honderden, zo niet duizend chronische ziekten beschreven zijn. Vanaf 50 jaar heeft meer dan de helft van de bevolking meer dan twee chronische aandoeningen. In die zin is het opstellen van plannen zoals Kankerplan niet houdbaar en vaak niet meer aangepast aan het feit dat een persoon meerdere ziektes heeft. Bovendien leiden deze plannen tot “inequity by diseases” wat betekent dat sommige chronische patiënten tot veel voorzieningen toegang hebben en anderen niet.

3.2. Malades chroniques

3.2.1. Plan soins chroniques intégrés

3.2.1.1. Projets-pilotes soins chroniques intégrés

Au total, 20 projets de consortium ont été retenus. Compte tenu des difficultés éprouvées par les projets pour formuler, dans les délais impartis, une proposition adéquate pour un plan d'action local et régional et de la durée du processus de sélection de l'équipe scientifique chargée de l'accompagnement scientifique des projets, la Conférence interministérielle a décidé de prolonger la phase de conceptualisation jusqu'au 31 mars 2017.

À l'heure actuelle, la ministre est en train d'élaborer un cadre financier fédéral pour les projets. En janvier/février, il sera procédé à l'évaluation des plans d'action. L'objectif est de pouvoir lancer les projets à la mi 2017.

En ce qui concerne l'évaluation des projets, l'équipe scientifique “Faith” a été sélectionnée durant l'été 2016 pour évaluer les projets de soins intégrés. Faith est un consortium regroupant la KUL, l'UCL, l'UGent, la VUB, l'ULiège et l'UA. Le budget pour l'ensemble de l'évaluation des quatre années s'élève à 2,3 millions d'euros.

Les projets eux-mêmes ainsi que Faith rédigent chaque semestre et chaque année des rapports indiquant dans quelle mesure les projets réalisent leurs objectifs. Chaque projet reçoit un “dash board” ainsi qu'un certain nombre d'indicateurs clés. Les mesures des objectifs doivent précisément contribuer à l'adaptation selon le principe PDCA (plan-do-check-act). Une mauvaise gestion des moyens, un conflit au sein du consortium ou la non-réalisation des objectifs (par exemple, si le coût des soins au patient augmente) peut amener à arrêter le projet.

Pour l'intégration de plans liés spécifiquement à la pathologie dans les projets pilotes, la ministre indique que des centaines, voire des milliers de maladies chroniques sont décrites. À partir de 50 ans, plus de la moitié de la population souffre de plus de deux maladies chroniques. Dans ce sens, l'élaboration de plans tels que le Plan cancer n'est pas tenable et souvent plus adaptée au fait qu'une personne souffre de plusieurs maladies. En outre, ces plans entraînent une “inequity by diseases” ce qui signifie que certains patients chroniques ont accès à beaucoup d'installations et d'autres pas.

Chronische patiënten zitten vooral met gelijke noden: betere preventie, hervatting van het werk na herstel, psychosociale ondersteuning, *case-management*, omkadering van hun mantelzorger, patiënt education enz. Dat tracht de minister nu transversaal te realiseren met het plan geïntegreerde zorg voor chronisch zieken. Elk van de projecten zal die services moeten uitbouwen voor alle chronische patiënten in de populatie ongeacht hun pathologie.

Wat eventueel wel kan, is dat nationaal een aantal gezondheidsdoelstellingen worden vastgelegd die men wil behalen met een bevolking met diabetes (bijvoorbeeld: zoveel percentage minder patiënten met een te hoge Hba1c).

3.2.1.2. Orgaandonatie tijdens het leven van de donor

Door de huidige schaarste aan donoren, worden al maar meer transplantaties uitgevoerd dankzij personen die bij leven een orgaan afstaan. In 2015 zijn er 90 levende donoren geweest (57 nieren en 33 levers), terwijl het er voor 2014 en 2013 respectievelijk 107 (67 nieren en 40 levers) en 105 (63 nieren en 42 levers) zijn geweest.

Mensen die bij leven organen afstaan, zullen voortaan bepaalde medische kosten na de orgaandonatie niet meer moeten betalen. Het verzekeringscomité van het RIZIV heeft op 21 november 2016 groen licht gegeven voor die maatregel. Daartoe is in een bedrag van 263 000 euro voorzien.

Aan een orgaandonatie bij leven gerelateerde medische kosten komen grotendeels voor rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Een deel ervan bleef echter ten laste van de donor. Concreet zullen orgaandonoren niet langer het persoonlijk aandeel moeten betalen voor de meeste medische prestaties binnen het jaar na hun opname in het ziekenhuis met het oog op de wegneming van een orgaan. Precies tijdens die periode liggen de kosten voor de donor het hoogst.

De donoren zullen ook niet langer de consulten moeten betalen, noch de prestaties inzake klinische biologie en radiologie tijdens de periode tussen het einde van het jaar na de wegneming en het tiende jaar. Die prestaties moeten rechtstreeks met de orgaandonatie verband houden.

Het koninklijk besluit dat die maatregelen bevat, zal in het voorjaar van 2017 worden bekendgemaakt.

Les patients chroniques présentent notamment des besoins identiques: une meilleure prévention, la reprise du travail après le rétablissement, un soutien psychosocial, un *case management*, un encadrement de leur aidant proche, une éducation du patient, etc., c'est ce que la ministre tente de réaliser transversalement à présent au travers du plan soins intégrés pour les malades chroniques. Chacun des projets devra développer ces services pour tous les patients chroniques dans la population quelle que soit leur pathologie.

Ce qui peut toutefois être éventuellement réalisé est de fixer une série d'objectifs sanitaires que l'on veut atteindre dans une population atteinte du diabète (par exemple: autant de pour cent de patients en moins présentant un Hba1c trop élevé).

3.2.1.2. Don d'organe du vivant du donneur

Vu la pénurie actuelle de donneurs, de plus en plus de transplantations ont lieu grâce aux personnes qui donnent un organe de leur vivant. En 2015, on comptait 90 donneurs vivants (57 reins et 33 foies), tandis que pour 2014 et 2013, ces mêmes chiffres s'élevaient respectivement à 107 (67 reins et 40 foies) et à 105 (63 reins et 42 foies).

Les personnes qui donnent leurs organes de leur vivant ne devront désormais plus payer certains frais médicaux après le don d'organe. Le comité de l'assurance de l'INAMI a donné son feu vert à cette mesure le 21 novembre 2016. Pour ce faire, un montant de 263 000 euros est prévu.

Les frais médicaux liés à un don d'organes de son vivant sont en grande partie pris en charge par l'assurance obligatoire soins de santé. Une partie restait toutefois à la charge du donneur. Concrètement, les donneurs d'organes ne devront plus payer de quote-part personnelle pour la plupart des prestations médicales réalisées dans l'année suivant leur admission à l'hôpital pour le prélèvement d'organes. C'est au cours de cette période que les coûts sont les plus élevés pour le donneur.

Les donneurs ne devront également plus payer les consultations, ni les prestations de biologie clinique et de radiologie réalisées au cours de la période s'étendant de la fin de la première année suivant le prélèvement à la dixième année. Ces prestations doivent être directement liées au don d'organes.

L'arrêté royal comprenant ces mesures sera publié au printemps 2017 et entrera ensuite en vigueur.

3.2.2. *Zeldzame ziekten*

Het plan zeldzame ziekte en weesgeneesmiddelen voorziet in een twintigtal acties met oog op een betere behandeling van de patiënten met een zeldzame ziekte. Acties 1 en 2 van dat plan streven naar een betere diagnostiek te weten:

Actie 1: verbeterde financiering van testen voor diagnose en de opvolging van zeldzame ziekten uitgevoerd in België of het buitenland.

Actie 2: verzekering van het kwaliteitsbeheer van de centra voor menselijke erfelijkheid en een centraal register voor de testresultaten.

Beide acties vormden voorwerp van een haalbaarheidsstudie uitgevoerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. De studie mondde uit een aantal aanbevelingen met onder meer een lijst van testen die in het kader van de zeldzame ziekten dienen terugbetaald te worden en hoe deze operatie gefinancierd kan worden.

Voor acties 1 en 2 van het betrokken plan is gezamenlijk 2,2 miljoen euro per jaar beschikbaar. Inmiddels zijn de afspraken in opmaak die de administraties (RIZIV, FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en WIV) die de opdracht geven om de aanbevelingen van de haalbaarheidsstudie met betrekking tot de (niet-genetische) diagnostische tests in binnen- en buitenland en het centraal register, dienen te implementeren. Die oefening vraagt enige tijd omdat men moet controleren op een aantal kwaliteitsparameters om na te gaan welke labo's geschikt zijn om dergelijke complexe testen uit te voeren.

Wat betreft de DNA-tests werd er reeds in een financiering voorzien in het kader van de conventies van de centra voor menselijke erfelijkheid. Concreet gaat het over 550 000 euro per jaar.

3.2.3. *Kanker*

3.2.3.1. *Budgettaire kader voor het Kankerregister en Next Generation Sequencing*

Het budget van het kankerregister is geregeld per Protocolakkoord van 24 juni 2013 tussen de Federale Overheid en de overheden bedoeld in artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet inzake de activiteiten en financiering van het kankerregister. Dit akkoord is tot nader order niet gewijzigd dus ook niet haar budgettaire regeling. Het werkingsbudget bedraagt circa 3 miljoen euro waarvan 2,5 miljoen ten laste van de federale overheid (RIZIV).

3.2.2. *Maladies rares*

Le plan maladies rares et médicaments orphelins prévoit une vingtaine d'actions en vue d'un meilleur traitement des patients atteints d'une maladie rare. Les actions 1 et 2 de ce plan tendent vers un meilleur diagnostic, à savoir:

Action 1: financement amélioré des tests pour le diagnostic et le suivi des maladies rares effectués en Belgique ou à l'étranger.

Action 2: garantie de la gestion de la qualité des centres de génétique humaine et un registre central pour les résultats des tests.

Ces deux actions ont fait l'objet d'une étude de faisabilité réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique. Cette étude a débouché sur un certain nombre de recommandations, notamment concernant une liste de tests à rembourser dans le cadre de la problématique des maladies rares et la façon dont cette opération pourrait être financée.

Pour les actions 1 et 2 du plan en question, un montant total de 2,2 millions d'euros par an est disponible. Les accords à conclure entre les administrations (INAMI, SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et ISP) qui ordonnent la mise en œuvre des recommandations de l'étude de faisabilité concernant les tests diagnostiques (non génétiques) en Belgique et à l'étranger et le registre central sont en préparation. Cet exercice prend un certain temps, car il faut contrôler plusieurs paramètres de qualité afin de déterminer quels sont les laboratoires adéquats pour effectuer des tests d'une telle complexité.

En ce qui concerne les tests ADN, un financement a déjà été prévu dans le cadre des conventions des centres de génétique humaine. Il s'agit concrètement de 550 000 euros par an.

3.2.3. *Cancer*

3.2.3.1. *Cadre budgétaire pour le Registre du cancer et le Next Generation Sequencing*

Le budget du Registre du cancer est réglé par le Protocole d'accord du 24 juin 2013 entre l'Autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière d'activités et de financement du registre du cancer. Cet accord n'est pas modifié jusqu'à nouvel ordre, ce qui signifie que le cadre budgétaire est également maintenu. Le budget de fonctionnement prévu à cet égard est d'environ 3 millions d'euros, dont 2,5 millions à charge de l'autorité fédérale (INAMI).

Evenmin werd in de maatregelen van het kankerplan gesnoeid. Het translationeel onderzoekactie 29 werd niet verlengd. In plaats daarvan wordt in de *Next Generation Sequencing* in de klinische praktijk in de oncologie voorzien, teneinde de patiënt met kanker toegang te geven tot meer geavanceerde, moleculaire DNA-diagnostiek om betere therapeutische keuzes te kunnen maken.

Daarenboven herhaalt de minister de inspanningen met betrekking tot de conventie borstreconstructie, de “onco-freezing” en de immunotherapie

De kosten voor *Next Generation Sequencing* zijn afhankelijk van het aantal genen dat in kaart wordt gebracht. Om kostenefficiënt te werken, ontwikkelt de commissie voor gepersonaliseerde geneeskunde een set van verschillende genen voor mutaties die klinisch het meest relevant zijn. Deze set wordt ontwikkeld in samenwerking met het RIZIV, de FOD, het WIV, oncologen en moleculaire biologen. Dit moet de kost van de testen onder controle houden en de meest relevante en efficiënte therapieën ter beschikking stellen. Zowel nieuwe moleculen als oude moleculen kunnen mogelijk gebruikt worden voor gepersonaliseerde geneeskunde. Onderzoek zal dit moeten uitwijzen.

3.2.3.2. Diagnostische mammografieën

Het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft het voorstel betreffende de mammografieën van de Technisch-medische raad goedgekeurd en het doorloopt nu de gebruikelijke procedure (Raad van State, Inspectie der Financien, minister van Begroting).

Het gaat om maatregelen die het misbruik van diagnostische mammografieën voor de vroegtijdige opsporing van borstkanker moeten helpen voorkomen. Die middelen werden vrijgemaakt om de digitale mammografie te ondersteunen. Vorig jaar werd een nieuwe bepaling in de nomenclatuur ingevoegd om de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de onderzoeken voor de vroegtijdige opsporing van borstkanker te optimaliseren.

3.2.4. HIV

3.2.4.1. Pre-exposure prophylaxis

Het Europees Geneesmiddelenbureau heeft de vergunning voor het in de handel brengen van Truvada uitgebreid tot de indicatie pre-exposure prophylaxis van het hiv-virus. Deze vergunning is ook in België geldig. Dit geneesmiddel kan derhalve voor deze indicatie worden voorgeschreven.

On n’a pas non plus opéré de réductions au niveau des mesures du Plan cancer. La recherche translationnelle (action 29) n’a pas été prolongée. Au lieu de cela, on prévoit de développer la *Next Generation Sequencing* au sein de la pratique clinique oncologique, afin que le patient atteint d’un cancer ait accès à un diagnostic moléculaire ADN plus avancé, le but étant de pouvoir faire de meilleurs choix thérapeutiques.

La ministre rappelle par ailleurs les efforts consentis en ce qui concerne la convention en matière de reconstruction mammaire, l’“onco-freezing” et l’immunothérapie.

Le coût du *Next Generation Sequencing* dépend du nombre de gènes qui sont séquencés. Dans un souci d’efficacité économique, la commission de médecine personnalisée développe un ensemble de gènes pour les mutations qui sont les plus pertinentes sur le plan clinique. Cet ensemble de gènes est développé en collaboration avec l’INAMI, le SPF, l’ISP, des oncologues et des biologistes moléculaires. La volonté est de maîtriser les coûts et de proposer les thérapies les plus pertinentes et les plus efficaces. En médecine personnalisée, il semblerait que l’on puisse utiliser tant des nouvelles molécules que des anciennes. Des études devront l’établir.

3.2.3.2. Mammographies diagnostiques

La proposition du Conseil technique médical concernant les mammographies a été approuvée par le Comité de l’assurance de l’INAMI et est actuellement en cours de procédure (Conseil d’État, Inspection des Finances, ministre du Budget).

Il s’agit de mesures qui doivent permettre d’éviter l’usage abusif des mammographies diagnostiques visant à dépister le cancer du sein à un stade précoce. Les moyens libérés sont destinés à apporter un soutien à la mammographie digitale. L’année dernière, une nouvelle disposition dans la nomenclature a été insérée pour optimiser l’intervention de l’assurance obligatoire dans le cadre des examens auprès de la population pour le dépistage précoce du cancer du sein.

3.2.4. HIV

3.2.4.1. Prophylaxie préexposition

Le Truvada a reçu de l’Agence européenne du médicament une extension de son autorisation de mise sur le marché pour l’indication de prophylaxie préexposition au virus du VIH. Cette autorisation de mise sur le marché est également valable en Belgique. Ce médicament peut donc être prescrit dans cette indication.

De onderneming die Truvada commercialiseert, heeft eind oktober 2016 een aanvraag ingediend om de terugbetalingsvoorwaarden van Truvada uit te breiden tot de PreEp. Het dossier wordt op dit moment onderzocht door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV. Zolang de procedure hangende is, kan de minister geen bijkomende informatie geven, noch over de tijdspaden, noch over de inhoud.

Tot op heden beschikt de Belgische markt niet over een generiek geneesmiddel. Het brevet voor Truvada loopt af in juli 2017. De in het kader van het pact met de farmaceutische sector ingevoerde maatregel *patent cliff*, zal een weerslag hebben op de prijs van het geneesmiddel.

De minister bevestigt dat de studie “be-PrEp-ared” loopt. De studiecohort omvat 200 mannen die seksuele betrekkingen hebben met andere mannen. Die mannen zullen zelf kunnen kiezen of ze PrEP dagelijks gebruiken of afhankelijk van de gebeurtenissen. Het spreekt vanzelf dat de definitieve resultaten van die studie waar nodig kunnen worden gebruikt om het terugbetalingsbeleid van PrEP te evalueren en te verbeteren.

3.2.4.2. Gedemedicaliseerde tests

Gedemedicaliseerd testen houdt in dat een persoon die geen gezondheidszorgberoep beoefent een test uitvoert bij iemand anders. Bijvoorbeeld een vrijwilliger van een organisatie. De wettelijke basis hiervoor werd reeds aangenomen (DOC 54 2154/001 en volgende).

In het eerste kwartaal van 2017 zal een uitvoerend koninklijk besluit worden opgemaakt met de voorwaarden aangaande opleiding, attestering en toegelaten testen. Hiertoe zal worden afgestemd met actoren van het terrein. De minister voorziet dat het koninklijk besluit voor halfweg 2017 in werking kan treden.

3.2.5. Hepatitis C

De uitbreiding van de terugbetaling van antivirale middelen tegen het hepatitis C-virus is voor de minister een belangrijk onderwerp. Zij heeft zich hiervoor in het Toekomstpact met de farmaceutische industrie duidelijk geëngageerd. Haar kabinet is al enige tijd druk mee bezig.

De uitbreiding van terugbetaling van de nieuwe, performante antivirale therapie zal gaan naar patiënten met een intermediaire fibrosegraad van de lever (F2) en naar dezen met een hoog risico op snelle leverfibrose. De strijd tegen hepatitis C zal in een grotere versnelling gaan en dit vanaf 1 januari 2017.

La firme qui commercialise le Truvada a introduit fin octobre 2016 une demande d'extension des conditions de remboursement du Truvada pour inclure la PreEp. Le dossier est actuellement à l'étude au niveau de la Commission de Remboursement des Médicaments de l'INAMI. Tant que la procédure est en cours, la ministre n'est pas en mesure de donner plus d'informations ni concernant les échéanciers ni concernant le contenu.

Aucun médicament générique n'a encore fait son apparition sur le marché belge. Le brevet du Truvada arrivera à échéance en juillet 2017. La mesure *patent cliff*, introduite dans le cadre du Pacte avec le secteur pharmaceutique, aura un effet sur le coût du médicament.

L'étude “be-PrEp-ared” a bien commencé. L'étude inclut 200 hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Ces hommes auront eux-mêmes la possibilité de choisir entre l'usage de PrEP quotidienne ou “*event driven*”. Les résultats définitifs de cette étude peuvent évidemment, dans le cas nécessaires d'évaluer et d'améliorer la politique de remboursement du PrEP.

3.2.4.2. Tests démedicalisés

Pratiquer un test démedicalisé signifie qu'une personne n'exerçant pas une profession médicale pratique un test sur une autre personne. Il peut s'agir, par exemple, d'un bénévole membre d'une organisation. La base légale pour ce faire a déjà été adoptée (voir DOC 54 2154/001 et suivants).

Un arrêté royal d'exécution fixant les conditions relatives à la formation, à la certification et aux tests autorisés sera rédigé dans le courant du premier trimestre 2017. Une concertation avec des acteurs de terrain sera organisée à cette fin. La ministre prévoit que l'arrêté royal pourra entrer en application à la mi-2017.

3.2.5. Hépatite C

L'élargissement du remboursement des antiviraux contre le virus de l'hépatite C est un sujet important pour la ministre. Elle s'est clairement engagée en ce sens avec l'industrie pharmaceutique dans le Pacte d'avenir. Cela fait un certain temps déjà que son cabinet y travaille assidûment.

L'élargissement du remboursement de la nouvelle thérapie antivirale performante bénéficiera aux patients souffrant d'un stade intermédiaire de fibrose du foie (F2) et à ceux présentant un risque élevé de développement rapide d'une fibrose du foie. La lutte contre l'hépatite C sera renforcée, et ce, à partir du 1^{er} janvier 2017.

De terugbetaling wordt verleend via elektronische aanvraag bij de mutualiteit door de behandelende arts-specialist en wordt onmiddellijk bekomen op het moment van de aanvraag indien de arts aanwijst dat de patiënt aan de vereiste voorwaarden voldoet. De patiënt betaalt remgeld aangezien deze geneesmiddelen zijn terugbetaald in vergoedingscategorie B (kleine verpakkingen: 11,8 euro voor gewoon verzekerden en 7,8 euro voor patiënten die genieten van een verhoogde tegemoetkoming; grote verpakkingen: 14,7 euro voor gewoon verzekerden en 9,7 euro voor patiënten die genieten van een verhoogde tegemoetkoming).

Dit kadert in een brede aanpak van de problematiek, samen met de terugbetaling van nieuwe generatie geneesmiddelen, de uitbreiding van de terugbetaling, de preventie door middel van een preventieprotocol, en de instelling van een vergoedingsfonds voor slachtoffers van een besmetting door transfusie vóór 1986.

De minister onderzoekt welk gevolg aan de KCE-studie kan worden gegeven. Zij heeft wet prioriteit gegeven aan een betere terugbetaling met de nieuwe generatie geneesmiddelen. Deze genezen mensen.

3.2.6. *Palliatieve zorg*

Tijdens de besprekingen over de palliatieve zorg in deze commissie werd beslist om een advies te vragen aan de Federale Evaluatiecel palliatieve zorg en dit naar aanleiding van de resultaten van de PICT studie.

De federale evaluatiecel engageerde zich om in een budgetneutraal kader voorstellen te formuleren voor de implementatie van het PICT-tool, alsook voor de optimalisatie van de palliatieve zorg, naar gelang het statuut van de patiënt. In dit adviesvraag werd specifieke aandacht geschonken aan voorafgaande zorgplanning. Eens dit advies zal afgeleverd zijn door de cel, kunnen de voorstellen door het RIZIV worden geanalyseerd.

Bepaalde aspecten van palliatieve zorg kunnen zeker een onderdeel zijn van de gezondheidszorg. In die zin is het dus aangewezen dat de definitie van gezondheidszorg hieraan beantwoordt. Palliatieve zorg houdt echter veel meer in dan enkel gezondheidszorg en moet holistisch worden benaderd. Dit blijkt ook uit de nieuwe definitie van palliatieve zorg.

Le remboursement est octroyé à la suite d'une demande électronique du médecin traitant spécialiste auprès de la mutualité et est obtenu immédiatement au moment de la demande si le médecin indique que le patient répond aux conditions requises. Le patient paie un ticket modérateur, étant donné que ces médicaments sont remboursés dans la catégorie de remboursement B (petits conditionnements: 11,8 euros pour les assurés ordinaires et 7,8 euros pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée; grands conditionnements: 14,7 euros pour les assurés ordinaires et 9,7 euros pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée).

Cette mesure s'inscrit dans le cadre d'une approche élargie de la problématique, avec le remboursement de la nouvelle génération de médicaments, l'élargissement du remboursement, la prévention au moyen d'un protocole de prévention, et l'instauration d'un fonds d'indemnisation pour les victimes d'une contamination par transfusion avant 1986.

La ministre examine quelle suite peut être donnée à l'étude du KCE. Elle a donné une priorité légale à un meilleur remboursement de la nouvelle génération de médicaments, qui permettent de guérir des personnes.

3.2.6. *Soins palliatifs*

Lors des débats sur les soins palliatifs au sein de cette commission, il a été décidé de demander un avis à la Cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs et ce, à la suite des résultats de l'étude PICT.

La Cellule fédérale d'évaluation s'est engagée à formuler, dans un cadre budgétairement neutre, des propositions pour la mise en œuvre de l'outil PICT, ainsi que pour l'optimisation des soins palliatifs, selon le statut du patient. Dans cette demande d'avis aussi, une attention spécifique a été accordée à la planification préalable des soins. Une fois que cet avis aura été fourni par la cellule, les propositions pourront être analysées par l'INAMI.

Certains aspects des soins palliatifs peuvent certainement faire partie intégrante des soins de santé. En ce sens, il est donc recommandé que la définition des soins de santé y réponde. Les soins palliatifs vont cependant bien au-delà des seuls soins de santé et doivent être abordés de manière holistique. Cela résulte également de la nouvelle définition des soins palliatifs.

3.3. Geestelijke gezondheidszorg

3.3.1. Geestelijke gezondheidszorg bij kinderen en jongeren

De vrijgemaakte 20 miljoen euro in maart 2015 en de bijkomende 1,56 miljoen euro in oktober 2015 zijn bijna overal uitgerold in de elf netwerken (de tien provincies en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest).

De aanwervingen per programma zijn afgerond of bezig. Extra zorg (om en bij 250 voltijdse equivalenten), georganiseerd en overzien vanuit het netwerk, kan van start gaan. Alle overheden volgen dit nauwlettend op. De minister zoekt samen met de netwerken naar oplossingen waar nodig. Er is voldoende overleg met netwerkcoördinatie. In de verantwoordelijke kinderpsychiaters werd voorzien (1 voltijds equivalent per netwerk). Bezoeken aan netwerkcomités worden uitgebracht.

3.3.2. Geestelijke gezondheidszorg bij volwassenen

Geestelijke gezondheidszorg bij volwassenen is een grote werf. Het werd gezien als een “piloot” door het terrein en de overheid. Dit maakt dat het opstarten anders is dan bij kinderen en jongeren, hoewel de minister blijft herhalen dat er geen verschil bestaat tussen het een en ander: beide zijn hervormingen voor toekomst.

Bij een beslissing van de Interministeriële Conferentie van 21 maart 2016 werd een overlegorgaan opgericht om de openstaande vraagstukken aan te pakken. Drie werkgroepen werden ingevolge opgericht om acuut pertinente moeilijkheden aan te pakken:

Werkgroep 1 Territorium: hoewel bij kinderen en jongeren gekozen is voor provinciale werking, is dit bij volwassenen niet zo eenvoudig. De minister wenst met het werkveld te komen tot een werkbare situatie voor alle partners.

Werkgroep 2 Mobiele werking: De werkgroep buigt zich over hoe groot een mobiel team moet zijn voor een aantal inwoners, wat zij moeten doen en wat niet, welke verschillen er tussen mobiele teams zijn, enz. Ze formuleren een antwoord op vragen die betrekking hebben op de noodzakelijke bevrozing van bedden.

3.3. Soins de santé mentale

3.3.1. Soins de santé mentale chez les enfants et les jeunes

Les 20 millions d’euros libérés en mars 2015 et la tranche supplémentaire de 1,56 million d’euros libérée en octobre 2015 sont presque épuisés partout dans les onze réseaux (les dix provinces et la Région de Bruxelles-Capitale).

Les recrutements par programme sont terminés ou en cours. Des soins supplémentaires (pour plus ou moins 250 équivalents temps plein), organisés et supervisés par les réseaux, peuvent être mis en œuvre. Toutes les autorités suivent ce dossier avec attention. La ministre recherche des solutions avec les réseaux là où c’est nécessaire. Il y a une concertation suffisante avec la coordination des réseaux. Les pédopsychiatres responsables ont été prévus (un équivalent temps plein par réseau). Des visites aux comités de réseau seront effectuées.

3.3.2. Soins de santé mentale prodigués aux adultes

Le dossier des soins de santé mentale prodigués aux adultes est un énorme chantier. Il était considéré comme un projet pilote par les acteurs de terrain et par les pouvoirs publics. C’est pourquoi son lancement n’est pas le même que dans le cas des enfants et des jeunes, même si la ministre ne cesse de répéter qu’il n’existe aucune différence entre les deux: ce sont tous deux des réformes d’avenir.

Sur décision de la Conférence interministérielle du 21 mars 2016, un organe de concertation a été mis sur pied en vue d’apporter des réponses aux questions en suspens. Trois groupes de travail ont dès lors été créés afin de s’attaquer aux problèmes les plus aigus et les plus pertinents:

Groupe de travail 1 Territoire: bien que l’on ait opté pour une organisation au niveau provincial dans le cas des enfants et des jeunes, la chose n’est pas aussi aisée dans le cas des adultes. La ministre souhaite parvenir, en concertation avec les acteurs de terrain, à une solution praticable pour tous les partenaires.

Groupe de travail 2 Fonctions mobiles: ce groupe de travail se penche sur plusieurs questions: quelle devrait être la taille d’une équipe mobile pour un nombre d’habitants donné, que doivent-elles faire et que ne doivent-elles pas faire, quelles différences existent-ils entre les équipes mobiles, etc.? Ce groupe de travail formule une réponse aux questions relatives au gel nécessaire des lits.

Werkgroep 3 Financiering medische functie: in 2011 is een forfaitaire manier van financiering berekend (door middel van een overgave van de RIZIV-nomenclatuur naar het BFM-budget). Deze berekening heeft inhoudelijke beperkingen. De Nationale raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) en de Vlaamse Vereniging Psychiatrie hebben adviezen en ideeën die als basis kunnen genomen worden.

Deze werkgroepen zullen een conclusie formuleren in het voorjaar van 2017. Dit moet in staat stellen om netwerken te versterken en verdiepen en hiervoor nog grote stappen te zetten binnen deze zittingsperiode.

Het overlegorgaan is samengesteld op basis van de vijf functies die deze hervorming tekent. Een volledige vertegenwoordiging is gewaarborgd. De overheid heeft voldoende garantie dat iedereen gehoord is. "Op basis van de vijf functies" impliceert dus ook een deelstatelijke implicatie. Dit orgaan vult geen advies-, maar wel een overlegfunctie in. Er is dus louter een complementariteit met NRZV en de op te richten Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen (cfr. de wet van 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderszids).

Wat betreft de blinde vlekken moet België volledig gedekt zijn met een geestelijke gezondheidszorgnetwerk voor volwassenen tegen het voorjaar 2017. Luxemburg, Aalst-St. Niklaas-Dendermonde en Mechelen-Duffel zijn er reeds bijgekomen. Enkel Waals-Brabant betreft nog een "witte vlek". De onderhandelingen zijn opgestart.

3.3.3. *Geïnterneerden en Forensisch Psychiatrisch Centrum*

3.3.3.1. Doorstroming

Het FPC Gent legt heel actief contacten met het reguliere zorgcircuit om de doorstroming zo vlot mogelijk te laten verlopen. Daarnaast zijn er ook goede contacten met de "medium security"-afdelingen. De doorstroom begint dan ook te lopen al vraagt dat de nodige tijd om een goede samenwerking uit te bouwen.

De regering voorziet in schakelteams om de doorstroom mee te helpen bevorderen. Dit zijn mensen die de link leggen tussen de verschillende schakels in het zorgcircuit. Iedere keer als een geïnterneerde een

Groupe de travail 3 Financement de la fonction médicale: en 2011, un calcul forfaitaire de financement a été élaboré (en abandonnant la nomenclature INAMI au profit de celle du budget BMF). Ce calcul a des limitations de contenu. Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) et l'Association flamande de psychiatrie ont déjà formulé des avis et des idées pouvant servir de base de travail.

Ces différents groupes de travail formuleront une conclusion au printemps 2017. Cette dernière devra permettre de renforcer et de développer les réseaux et de réaliser encore de grandes avancées en la matière durant cette législature.

L'organe de concertation est composé sur la base des cinq fonctions dessinées par cette réforme. Une complète représentation est garantie. Les autorités ont suffisamment de garanties que tout le monde a été entendu. "Sur la base des cinq fonctions" implique donc aussi une implication des entités fédérées. Cet organe n'est pas consultatif, il a une fonction de concertation. Il y a donc une complémentarité avec le CNEH et le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale à créer (cf. la loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part).

En ce qui concerne les zones mal desservies, la Belgique doit être entièrement couverte par un réseau de soins de santé mentale pour les adultes d'ici le printemps 2017. Le Luxembourg, Alost-St. Niklaas-Termonde et Malines-Duffel sont déjà venus s'ajouter. Seul le Brabant wallon présente encore une "zone blanche". Les négociations sont en cours.

3.3.3. *Internés et Centre de psychiatrie légale*

3.3.3.1. Flux

Le CPL de Gand noue très activement des contacts avec le circuit de soins régulier afin de faciliter au maximum le flux. Il entretient également de bons contacts avec les sections "medium security". Cela commence à porter ses fruits, même s'il faut un certain temps pour construire une bonne collaboration.

Le gouvernement prévoit des équipes-maillons afin de favoriser ce flux. Ces équipes sont composées de personnes qui font le lien entre les différents maillons du circuit de soins. Chaque fois qu'un(e) interné(e) peut

nieuwe stap kan zetten in haar of zijn traject helpen de mensen van het schakelteam om deze stap vlot te laten verlopen. Het schakelteam is eigenlijk een onderdeel van de mobiele equipes voor geïnterneerden.

In het masterplan internering is er in een uitbreiding voorzien van deze mobiele equipes net om die doorstroom zo vlot mogelijk te kunnen laten verlopen. Daarnaast is er in het Masterplan gevangenissen en internering voorzien in een heel aantal plaatsen in het regulier zorgcircuit in Vlaanderen. De regering zet daarbij vooral in op doelgroepen die vaak de weg naar de reguliere sector niet vinden. De minister denkt hierbij aan psychiatrische patiënten die naast hun psychiatrische stoornis ook een probleem hebben van middelenmisbruik, kampen met een mentale beperking of een seksuele problematiek hebben.

Er zijn nauwe contacten met de Gemeenschappen om te kijken waar ze zelf ook nog inspanningen kunnen leveren. De noden verschillen van Gemeenschap tot Gemeenschap maar algemeen gesteld is er een nood aan integratie van geïnterneerden in het regulier zorgcircuit. Nu er een goede begeleiding op alle niveaus is of zal zijn, moet een doorstroom vlotter kunnen verlopen. Veel energie wordt gestoken in communicatie om duidelijk te maken welke weg met een geïnterneerde afgelegd kan worden voor de aanmelding in het reguliere circuit.

3.3.3.2. Personeelsnormen

Er is tijdens de vorige zittingsperiode heel veel studiewerk verricht om tot een evenwichtige norm te komen. Er is van in het begin commentaar gekomen dat de norm te laag is. Deze kritiek wordt nu soms herhaald, maar niet door de mensen die het FPC uitbaten. Het is nog te vroeg om hierover te oordelen.

Het FPC Gent heeft tijdelijk meer personeel in dienst genomen. Dit is gekomen omdat er veel deontieschade is bij de patiënten die toekomen in het FPC. Geïnterneerden die jaren (tot dertig jaar) geen gepaste zorg hebben gekregen of reeds verschillende zorgtrajecten zonder succes hebben doorlopen, hebben jaren in de gevangenis doorgebracht. Er is dan heel wat weerstand bij deze geïnterneerden wat heel arbeidsintensief is. Deze situatie zal blijven bestaan tot alle geïnterneerden de gevangenis hebben kunnen verlaten. Zodra geïnterneerden maar kort in de gevangenis hebben verbleven en dus onmiddellijk geholpen en behandeld zullen worden, zal de beginfase vlotter verlopen.

franchir une nouvelle étape dans son trajet, les gens de l'équipe-maillon l'aident à ce faire. L'équipe-maillon est en fait un élément des équipes mobiles pour personnes internées.

Dans le Masterplan internement il est prévu une extension de ces équipes mobiles précisément pour faciliter au maximum ce flux. Par ailleurs, le Masterplan prisons et internement prévoit toute une série de places dans le circuit de soins régulier en Flandre. Le gouvernement cible ici surtout les groupes qui souvent ne trouvent pas le chemin du secteur régulier. La ministre pense à cet égard aux patients psychiatriques qui, outre leurs troubles psychiatriques, ont également un problème d'abus de produits, ont une déficience mentale ou un problème d'ordre sexuel.

Des contacts étroits sont entretenus avec les communautés pour voir où elles pourraient encore consentir des efforts. Les besoins diffèrent d'une communauté à l'autre mais, d'une manière générale, il y a un besoin d'intégration des personnes internées au système de soins traditionnel. Vu la qualité de l'accompagnement à tous les niveaux, le passage d'un système à l'autre doit se dérouler plus facilement. Des efforts considérables sont fournis en matière de communication pour expliquer quel chemin peut être parcouru avec une personne internée avant son entrée dans le système traditionnel.

3.3.3.2. Normes de personnel

Au cours de la précédente législature, un grand nombre d'études ont été réalisées pour aboutir à une norme équilibrée. La norme proposée a dès le début suscité des commentaires selon lesquels elle était trop faible. Cette critique est quelquefois réitérée, mais pas par les personnes qui exploitent le CPL. Il est encore trop tôt pour se prononcer à ce sujet.

Le CPL de Gand occupe temporairement plus de personnel dès lors que les patients qui y arrivent présentent de graves préjudices dus à la détention. Les internés qui, pendant des années (jusqu'à trente ans), n'ont pas bénéficié de soins adaptés ou qui ont déjà suivi plusieurs trajets de soins sans que leur état ne s'améliore vraiment ont passé des années en prison. La résistance de ces internés est alors très grande et leur traitement requiert un personnel plus nombreux. Cette situation perdurera tant que tous les internés n'auront pas quitté la prison. La phase initiale se déroulera plus facilement dès que les internés n'auront passé qu'un court séjour en prison et auront donc immédiatement été aidés et traités.

De minister is ervan overtuigd dat de huidige norm dan zeker kan volstaan om een kwaliteitsvolle behandeling aan te bieden. Om deze tijdelijke situatie aan te kunnen is ze momenteel met de schakelteams internering in overleg om de overgang tussen gevangenis en FPC beter voor te bereiden.

3.3.4. *Psychoactieve middelen*

3.3.4.1. Psychofarmaca

In verband met psychofarmaca deelt de minister mee dat er drie projecten lopen:

Het eerste project betreft *e-learning* modulen voor artsen en huisartsen, controle-artsen en arbeidsgeneesheren in het bijzonder. De doelstelling van deze leermodulen is een beter onderscheid te kunnen maken tussen depressie en depressieve klachten in het kader van rouwreactie of burn-out, en bijgevolg het voorschrijven van een adequate en aangepaste (al dan niet medicamenteuze) behandeling. Deze module wordt momenteel opgeleverd door de contractant. De doelstelling is hiermee van start te gaan tijdens de eerste helft van 2017.

Het tweede project is een actualisering van de richtlijn "Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts" door Domus Medica en de "Société Scientifique de Médecine Générale" (SSMG), die dateert van 2008. Deze actualisering zou in de loop van januari 2017 beschikbaar moeten zijn. Daarna zal een implementatieplan worden uitgewerkt.

Het derde project betreft zowel *e-learning* als face-to-face vormingen voor (huis)artsen rond het rationeel en adequaat voorschrijven van benzodiazepines en het begeleiden van patiënten met de afbouw van benzodiazepines.

3.3.4.2. Spuitkamers

De Algemene Cel Drugs heeft op vraag van de Brusselse overheden een synthesenota gemaakt over ruimtes waarin drugs zonder vervolging kunnen worden gebruikt.

Deze nota wordt begeleid door een fiche waarin de posities van overheden of individuele ministers worden meegegeven en aan de Thematische Vergadering Drugs binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid wordt voorgelegd. Het Brusselse Hoofdstedelijk Gewest heeft meegedeeld dat zij deze mogelijkheid op zijn minst verder willen onderzoeken.

La ministre est convaincue que la norme actuelle suffira pour proposer un traitement de qualité. Pour faire face à cette situation temporaire, elle se concerte actuellement avec les équipes-maillons afin de mieux préparer la transition entre la prison et le CPL.

3.3.4. *Substances psychoactives*

3.3.4.1. Psychotropes

En ce qui concerne les psychotropes, la ministre indique que trois projets sont en cours:

Le premier projet concerne des modules d'*e-learning* pour les médecins et les généralistes, les médecins-conseils et les médecins du travail en particulier. L'objectif de ces modules d'apprentissage est de parvenir à mieux distinguer la dépression des troubles dépressifs dans le cadre d'une réaction de deuil ou d'un burn out, et de prescrire par conséquent un traitement (médicamenteux ou pas) adéquat et adapté. Ce module est actuellement dispensé par le contractant. L'objectif est de débiter durant la première moitié de 2017.

Le deuxième projet correspond à une actualisation de la directive "La dépression chez l'adulte: l'approche du généraliste" par Domus Medica et la Société scientifique de médecine générale (SSMG), qui date de 2008. Cette actualisation devrait être disponible dans le courant de janvier 2017. Un plan de mise en œuvre sera ensuite élaboré.

Le troisième projet concerne tant l'*e-learning* que les formations en face à face pour les médecins (généralistes) au sujet de la prescription rationnelle et adéquate des benzodiazépines et de l'accompagnement des patients dans le sevrage des benzodiazépines.

3.3.4.2. Salles de shoot

La Cellule générale Drogues a rédigé, à la demande des autorités bruxelloises, une note de synthèse sur les espaces où des drogues peuvent être consommées dans poursuite.

Cette note s'accompagne d'une fiche renseignant les positions des autorités ou des ministres individuels et est soumise à la Réunion thématique Drogues de la Conférence interministérielle Santé publique. La Région de Bruxelles-Capitale a indiqué qu'elle voulait au moins examiner cette possibilité plus avant.

De federale vertegenwoordigers binnen de Algemene Cel (Binnelandse Zaken, Justitie, Volksgezondheid) hebben echter meegedeeld dat zij geen voorstander zijn van deze maatregel en derhalve geen wetgevend initiatief zullen ondernemen.

3.3.5. Alcoholplan

Schadelijk alcoholgebruik is een zeer groot probleem voor de volksgezondheid en de maatschappij. De minister vindt dan ook dat België een ambitieus alomvattend en geïntegreerd alcoholplan moet hebben. Dat plan moet een gepast antwoord geven, met sterke en coherente maatregelen, die in de eerste plaats het schadelijk alcoholgebruik viseren, zonder te beperkend te zijn voor de gewone consument.

Er ligt een ontwerpplan voor, resultaat van intensieve onderhandelingen. Dit ontwerp werkt op volgende zaken: volksgezondheid (gedeelde verantwoordelijkheid federaal en Gemeenschappen, 8 maatregelen), databeheer (gedeelde verantwoordelijkheid federaal en Gemeenschappen, 8 maatregelen), preventie (volledig voor Gemeenschappen, 6 maatregelen), mobiliteit (federale bevoegdheid, 2 maatregelen), prijs (federale bevoegdheid, een maatregel: prijsverhoging in de taxshift 2015), reclame (gedeelde verantwoordelijkheid federaal en Gemeenschappen), aanbod (federale bevoegdheid). Reclame en aanbod werden samengevoegd onder eenzelfde koepel "verhoging efficiëntie regelgeving en reclame" met 7 maatregelen.

In totaal bevat het plan 30 maatregelen waarvan 17 federale bevoegdheid, 4 gedeelde bevoegdheid en 9 voor deelstaten. Er zijn echter nog besprekingen over een aantal bijkomende maatregelen die door de Gewesten gevraagd worden en die federale bevoegdheid zijn. Er werd afgesproken om verder te onderhandelen met het oog op de Interministeriële Conferentie in het voorjaar.

De minister wijst op het effect van de prijsverhoging op federaal niveau. In het kader van de taxshift 2015 is er een grote prijsstijging op sterke drank gekomen (circa 2,5 euro per fles) en een kleinere op bier en wijn. Een vergelijking qua volume tussen januari-juli 2015 enerzijds en januari-juli 2016 anderzijds leert het volgende: bier: minus 10,5 %; wijn: minus 7 %; sterke dranken: minus 25,16 %. Qua financiële inkomsten betekent het dan ook een zeer geringe groei of zelfs een daling (van minus 2,99 % op bier; plus 21,88 % op wijn en plus 5,41 % op sterke drank).

Les représentants fédéraux au sein de la Cellule générale (Intérieur, Justice, Santé publique) ont toutefois indiqué qu'ils n'étaient pas favorables à cette mesure, et qu'ils ne prendraient dès lors pas d'initiative législative en la matière.

3.3.5. Plan alcool

La consommation nocive d'alcool est un problème majeur de santé publique et de société. La ministre estime donc que la Belgique se doit de bénéficier d'un plan global et intégré en matière d'alcool ambitieux. Il faut y répondre adéquatement, avec des mesures fortes et cohérentes. Ces mesures doivent avant tout viser la consommation nocive d'alcool, sans être trop restrictives pour le consommateur normal.

Un projet de plan résultant de négociations intensives est maintenant prêt. Il aborde les matières suivantes: la santé publique (responsabilité partagée du fédéral et des Communautés, 8 mesures), la gestion des données (responsabilité partagée du fédéral et des Communautés, 8 mesures), la prévention (compétence des Communautés, 6 mesures), la mobilité (compétence fédérale, 2 mesures), le prix (compétence fédérale, une mesure: augmentation du prix dans le cadre du taxshift 2015), la publicité (responsabilité partagée du fédéral et des Communautés), l'offre (compétence fédérale). La publicité et l'offre sont regroupées sous le titre "augmentation de l'efficacité de la réglementation et publicité", avec 7 mesures.

Au total, le plan contient 30 mesures, dont 17 relèvent de la compétence fédérale, 4 d'une compétence partagée et 9 de celle des entités fédérées. Des discussions sont cependant encore en cours en ce qui concerne une série de mesures supplémentaires demandées par les Régions, mais qui relèvent de la compétence fédérale. Il a été décidé de poursuivre les négociations en vue de la Conférence interministérielle du printemps prochain.

La ministre souligne l'effet de l'augmentation du prix au niveau fédéral. Dans le cadre du taxshift 2015, il y a eu une forte augmentation du prix des boissons spiritueuses (environ 2,5 euros par bouteille) et une plus faible augmentation du prix de la bière et du vin. Une comparaison du volume entre janvier-juillet 2015, d'une part, et janvier-juillet 2016, d'autre part, nous apprend ce qui suit: bière: moins 10,5 %; vin: moins 7 %; boissons spiritueuses: moins 25,16 %. Sur le plan des recettes financières, cela représente dès lors une augmentation très faible ou même une diminution (de moins 2,99 % pour la bière; plus 21,88 % pour le vin et plus 5,41 % pour les boissons spiritueuses).

3.4. *Intrafamiliaal geweld*

Het is belangrijk de kennis van huisartsen te vergroten over seksueel geweld in al zijn vormen (verkrachting, vrouwelijke genitale verminking, eengerelateerd geweld enzovoort). In het verleden werden hier in samenwerking met Domus Medica en de “Société Scientifique de Médecine Générale” (SSMG) initiatieven rond ontplooid.

Na de Zesde Staatshervorming behoort de “organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg, de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn” tot de bevoegdheden van de deelstaten. De minister ondersteunt via de organisatie van opleidingsmodules de sensibilisering rond seksueel geweld in de ziekenhuizen.

In het Nationaal Actieplan Gendergerelateerd Geweld werd opgenomen dat een medisch attest “seksueel geweld” dankzij de werkzaamheden van het college van Procureurs-generaal zal worden gevalideerd en geformaliseerd. Dit moet dus in nauwe samenwerking met Justitie gebeuren, want een dergelijk attest moet nadien in een eventuele strafrechtelijke procedure ingezet kunnen worden. De Orde der Artsen moet zijn advies hierover geven. Bij een eerder, gelijkaardig typedocument (medisch attest fysiek geweld / slagen en verwondingen) drong de Orde er op aan dit instrument vooral te beschouwen “als een geheugensteuntje voor de arts, eerder dan als een dwingend formaat voor de diagnose”.

4. *Zorgverstrekkers*

4.1. *Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG)*

4.1.1. *Hervorming van de WUG*

De werkzaamheden rond de hervorming van de WUG vorderen. Op 28 september 2016 werd een druk bijgewoonde startconferentie gegeven en werden de eerste ruwe concepten voorgesteld. De inhoudelijke krachtlijnen van de hervorming gaan in op de autonomie van de patiënt, de professionele autonomie en de interdisciplinariteit. De voorstellen zijn gebaseerd op een model van geïntegreerde zorg, ongeacht de context (eerstelijns, ziekenhuis, extramurale praktijk, groepspraktijk).

Verder is ingegaan op een nieuwe omschrijving van gezondheidszorg en een nieuwe benadering van onwettige uitoefening en de noodzakelijke handhaving.

3.4. *Violence intrafamiliale*

Il importe d'améliorer les connaissances des médecins généralistes concernant la violence sexuelle sous toutes ses formes (viol, mutilation génitale féminine, violences liées à l'honneur, etc.). Dans le passé, des initiatives ont été développées à ce sujet en collaboration avec Domus Medica et la “Société Scientifique de Médecine Générale” (SSMG).

Depuis la sixième réforme de l'État, “l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions du secteur des soins de santé” relèvent des compétences des entités fédérées. La ministre soutient la sensibilisation concernant les violences sexuelles dans les hôpitaux par l'organisation de modules de formation.

Le Plan d'action national contre la violence basée sur le genre prévoit qu'une attestation médicale “violences sexuelles” sera validée et formalisée grâce aux travaux du Collège des procureurs généraux. Ces travaux doivent donc être menés en étroite collaboration avec la Justice parce qu'une telle attestation devra ensuite pouvoir être utilisée dans une éventuelle procédure pénale. L'Ordre des Médecins doit donner son avis en la matière. Pour un document type semblable (attestation médicale violences physiques / coups et blessures), l'Ordre des Médecins a insisté pour que cet instrument soit surtout considéré “comme un aide-mémoire pour le médecin, plutôt que comme un format contraignant pour le diagnostic”.

4. *Prestataires de soins*

4.1. *Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS)*

4.1.1. *Réforme de la LEPSS*

Les travaux concernant la réforme de la LEPSS progressent. Le 28 septembre 2016, une conférence inaugurale, qui a attiré de nombreux participants, a été organisée et les premiers concepts bruts ont été présentés. Sur le fond, les lignes de force de la réforme concernent l'autonomie du patient, l'autonomie professionnelle et l'interdisciplinarité. Les propositions sont basées sur un modèle de soins intégrés, quel que soit le contexte (première ligne, hôpital, pratique extrahospitalière, pratiques de groupe).

Une nouvelle définition des soins de santé, une nouvelle approche de l'exercice illégal et le contrôle nécessaire ont en outre été abordés.

Er wordt ook voorzien in de hervorming van de adviesstructuren. Met de nieuwe Raad Gezondheidsberoepen en de Raad Kwaliteitsvolle Zorgpraktijk wil de minister binnen de gezondheidsautoriteiten compacte adviesorganen installeren die interdisciplinaire advies verlenen en kwaliteit toetsen, en dit met articulatie met instanties binnen de ziekteverzekering.

In aansluiting met de startconferentie, werd een publieke consultatieprocedure via internet gestart. Die is afgelopen op 30 november 2016. De consultatieproces is een geslaagd participatief proces. Samen met de administratie wordt er een thematische inventaris opgesteld. Op basis hiervan zal het overleg met de stakeholders verder gevoerd worden.

Het wetgevingsproces wordt in twee fasen gesplitst. De minister zal aan de regering eind april een voorontwerp van wetgeving inzake kwaliteitsvolle zorgpraktijk voorleggen. De juridisch-administratieve voorbereiding is gaande.

Voor wat de wetgeving over de uitoefening van gezondheidsberoepen betreft, voorziet de minister dat na het zomerreces kan gestart worden met het concretiseren van de voorgestelde concepten, en dit in nauw overleg met de sectoren. Dit is een complex werk, want deze wetgeving regelt de professionele activiteit van meer dan 600 000 personen. Daarom is het belangrijk de inhoudelijke reacties op de startconferentie te bestuderen en terug te koppelen. De minister verwacht de juridisch-administratieve werkgroep voor de redactie van de nieuwe WUG eind 2017 op te starten. Ondertussen loopt het overleg en worden diverse contacten gelegd.

Het voornemen tot hervorming van de WUG van de minister komen ook aan bod in de werkgroep gezondheidsberoepen van de Interministeriële Conferentie Gezondheidsberoepen. Voor dit thema worden trouwens ook vertegenwoordigers van de ministers van Onderwijs betrokken, en dit met inbegrip van onderwijs in sociale promotie. De raakvlakken tussen de nieuwe federale wetgeving en de gemeenschapsbevoegdheden zijn duidelijk: er moet afgestemd worden met onderwijs; het dossier van planning van het aanbod, de *“health care work force”* wordt meegenomen; de kwaliteit in de uitoefening wordt getoetst.

De minister heeft de intentie om transparant te communiceren naar de ministers van de deelstaatregeringen. De voorgestelde hervormingen zullen getoetst worden door de Raad van State, onder meer in het

Une réforme des structures d'avis est également prévue. Avec le nouveau Conseil des professions des soins de santé et le Conseil “Qualité des soins”, la ministre veut installer, au sein des autorités de la santé, des organes consultatifs compacts chargés de rendre des avis interdisciplinaires et de procéder à des tests de qualité, et ce, en concertation avec des instances au sein de l'assurance maladie.

Dans le sillage de la conférence de lancement de la réforme de la LEPSS, une procédure de consultation publique a été lancée via internet. Le processus de consultation est une démarche participative couronnée de succès. Un inventaire thématique est en cours de rédaction en collaboration avec l'administration. La concertation avec les parties prenantes se poursuivra sur la base de cet inventaire.

Le processus législatif est scindé en deux phases. La ministre soumettra au gouvernement d'ici la fin avril un avant-projet de législation sur la qualité des soins. Le travail de préparation juridico-administrative de cet avant-projet est en cours.

En ce qui concerne la législation sur l'exercice des professions de la santé, la ministre prévoit que la phase de concrétisation des concepts proposés pourra démarrer après les vacances d'été, et ce, en étroite concertation avec les secteurs. Il s'agit d'un travail complexe, car cette législation règle les activités professionnelles de plus de 600 000 personnes. C'est pourquoi il est important d'analyser les réactions à la conférence de lancement et de les répercuter. Le ministre prévoit de lancer les travaux du groupe de travail juridico-administratif en vue de la rédaction de la nouvelle LEPSS à la fin 2017. Entre-temps, la concertation se poursuit et des contacts seront pris.

Les initiatives de la ministre visant à réformer la LEPSS sont également évoquées au sein du groupe de travail des professions de la santé de la Conférence interministérielle Santé publique. Des représentants des ministres de l'Enseignement sont d'ailleurs également associés à ces discussions, y compris en ce qui concerne l'enseignement de promotion sociale. Les zones de contact entre la nouvelle législation fédérale et les compétences des Communautés sont claires: il faudra tenir compte de l'enseignement; il sera notamment question du dossier relatif à la planification de l'offre (*“health care work force”*); la qualité de l'exercice des professions médicales sera évaluée.

La ministre a l'intention de communiquer de manière transparente avec les ministres des entités fédérées. Les réformes proposées seront examinées par le Conseil d'État, notamment dans le cadre de la répartition des

kader van de bevoegdheidsverdeling, en de minister zal de adviezen van de Raad van State nauwkeurig bestuderen en involgen.

4.1.2. Deontologische Kamer

Het oprichten van een Deontologische Kamer bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, moet zeker met de sector worden afgestemd. De opdracht van de kamer zou erin bestaan om adviezen te verlenen aangaande interdisciplinaire deontologie. Bijgevolg zou deze kamer geen opdrachten hebben inzake tucht, noch handhaving of sanctionering.

4.2. Wet van 10 juli 2016 tot wijziging van de wet van 4 april 2014 tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015 anderszijds (Wet op de GGZ-beroepen)

De wet op de GGZ-beroepen heeft op ingrijpende wijze de eerdere wetgeving van 4 april 2014 aangepast. Deze wet is in principe in werking getreden op 1 september 2016.

De minister onderstreept dat:

— er een duidelijke wettelijke omschrijving is van de bekwaamheden en daaruit vloeiende bevoegdheden van de klinisch psycholoog en de klinisch orthopedagoog;

— er een duidelijke omschrijving is gegeven van de psychotherapie, en dit gebaseerd op een wetenschappelijk grondig onderbouwd advies van de Hoge Gezondheidsraad;

— er met de wijzigingsbepalingen de psychotherapie als behandelingsmodaliteit of specialisme is ingekanteld in de WUG;

— en tot slot dat de adviesstructuur vereenvoudigd is tot één unieke Federale Raad voor Geestelijke Gezondheidszorgberoepen (FRGG), waar artsen, klinische psychologen en klinische orthopedagogen op een interdisciplinaire wijze adviezen zullen ontwikkelen.

Samen met de administratie Volksgezondheid heeft de minister initiatieven genomen om de wet op de GGZ-beroepen zo snel mogelijk uit te voeren. De eerste prioriteit daarbij is het oprichten van de FRGG zoals bepaald

compétences, et la ministre examinera et suivra minutieusement les avis du Conseil d'État.

4.1.2. Chambre déontologique

La création d'une chambre déontologique au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement devra certainement avoir lieu en accord avec le secteur. Cette chambre serait chargée de rendre des avis en matière de déontologie interdisciplinaire. Elle n'aurait donc aucune mission en matière de discipline, de contrôle du respect des règles ou de sanction.

4.2. Loi du 10 juillet 2016 modifiant la loi du 4 avril 2014 réglementant les professions des soins de santé mentale et modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé d'une part et modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015 d'autre part (Loi sur les professions de soins de santé mentale)

La loi sur les professions de soins de santé mentale a profondément modifié la législation précédente, qui datait du 4 avril 2014. Cette loi est en principe entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2016.

La ministre souligne:

— que la loi décrit clairement les aptitudes du psychologue clinicien et de l'orthopédagogue clinicien, ainsi que les compétences qui en découlent;

— qu'elle décrit clairement la psychothérapie en se fondant sur un avis scientifique bien étayé du Conseil supérieur de la Santé;

— qu'à la suite des dispositions modificatives, la psychothérapie en tant que modalité de traitement ou en tant que spécialisation a été intégrée dans la LEPSS;

— et enfin que la structure consultative a été simplifiée et qu'il existe aujourd'hui un organe unique, le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, au sein duquel les médecins, les psychologues cliniciens et les orthopédaugues cliniciens peuvent élaborer des avis de façon interdisciplinaire.

En concertation avec l'administration de la Santé publique, la ministre a pris des initiatives en vue d'une mise en œuvre aussi rapide que possible de la loi sur les professions de soins de santé mentale, la première

in artikel 68/3 van de WUG. De wet voorziet dus in de oprichting van een raad die bestaat uit volgende drie beroepsgroepen:

- a) de beroepsgroep klinisch psychologen, bestaande uit 16 klinisch psychologen;
- b) de beroepsgroep klinisch orthopedagogen bestaande uit 4 klinisch orthopedagogen;
- c) de beroepsgroep artsen, bestaande uit 8 artsen.

Iedere beroepsgroep telt een gelijk aantal Nederlandstalige en Franstalige leden. Voor elk effectief lid wordt in een vervanger voorzien met dezelfde professionele kwalificatie. Iedere beroepsgroep bevat een gelijk aantal leden die een academische functie bekleden enerzijds en leden die sedert tenminste vijf jaar hetzij een geestelijk gezondheidsberoep hetzij de psychotherapie beoefenen anderzijds. De leden die een academische functie bekleden, worden voorgedragen op een lijst van dubbeltallen door de faculteiten die volledig onderwijs verstrekken dat leidt tot een opleiding die de uitoefening toestaat van de klinische psychologie, de klinische orthopedagogiek of van de geneeskunde. De andere leden worden voorgedragen door representatieve beroepsverenigingen met leden die de een geestelijk gezondheidsberoep beoefenen, of de psychotherapie.

Om de oprichting en de werking van de Raad mogelijk te maken, werden reeds twee koninklijke besluiten genomen en gepubliceerd:

— Het koninklijk besluit van 28 oktober tot vaststelling van de organisatie en werking van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen, in uitvoering van artikel 68/3, § 7, van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015;

— het koninklijk besluit van 28 oktober tot vaststelling van de criteria voor beroepsverenigingen om als representatief te worden aangewezen in uitvoering van artikel 68/3, § 3, van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, gecoördineerd op 10 mei 2015.

Ondertussen is er in het *Belgisch Staatsblad* ook een oproep verschenen waarbij beroepsverenigingen van geestelijke gezondheidszorgprofessionals zich bij de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, kandidaat kunnen stellen om erkend te

priorité étant à cet égard la création du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale visé à l'article 68/3 de la LEPSS. La loi prévoit donc la création d'un conseil se composant des trois groupes professionnels suivants:

- a) le groupe professionnel des psychologues cliniciens, composé de 16 psychologues cliniciens;
- b) le groupe professionnel des orthopédagogues cliniciens, composé de 4 orthopédagogues cliniciens;
- c) le groupe professionnel des médecins, composé de 8 médecins.

Chaque groupe professionnel compte un nombre égal de membres francophones et néerlandophones. Pour chaque membre effectif, un suppléant ayant la même qualification professionnelle est prévu. Chaque groupe professionnel compte un nombre égal de membres qui occupent une fonction académique, d'une part, et de membres qui, depuis au moins cinq ans, exercent soit une profession des soins de santé mentale, soit la psychothérapie d'autre part. Les membres qui occupent une fonction académique sont présentés sur une liste double par les facultés organisant un enseignement complet menant à une formation autorisant l'exercice de la psychologie clinique, de l'orthopédagogie clinique ou de l'art médical. Les autres membres, qui exercent une profession des soins de santé mentale ou la psychothérapie, sont proposés par les organisations professionnelles représentatives.

Pour permettre la constitution et le fonctionnement du Conseil, deux arrêtés royaux ont déjà été pris et publiés:

— L'arrêté royal fixant l'organisation et le fonctionnement du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale, en exécution de l'article 68/3, § 7, de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée, le 10 mai 2015;

— l'arrêté royal fixant les critères pour que les associations professionnelles soient désignées comme représentatives en exécution de l'article 68/3, § 3 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015.

Dans l'intervalle, un appel est également paru au *Moniteur belge*, dans lequel les associations professionnelles des professionnels des soins de santé mentale peuvent soumettre au SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement leur candidature

worden als representatief. De vaststelling van de representativiteit zal gedaan worden door de administratie op basis van het koninklijk besluit ter zake. De minister verwacht dit in februari 2017.

Eens de lijst van representatieve verenigingen vastgesteld is, zullen de als representatief erkende verenigingen een uitnodiging ontvangen om kandidaten voor te dragen, op dubbele lijsten, voor zowel de effectieve als vervangende leden. Het benoemingsbesluit zal in april 2017 genomen worden.

Het koninklijk besluit dat de werking van de FRGG vastlegt, voorziet in de oprichting van een bureau, onder de leiding van een voorzitter en een ondervoorzitter. De minister heeft experts geconsulteerd en zal binnenkort een besluit nemen tot benoeming van een voorzitter en een ondervoorzitter. Zo kan de administratie ook al aanvang nemen met het structureren en organiseren van de werkzaamheden, zodat de Raad van start kan gaan vanaf het ogenblik van de benoeming van de leden.

Het is aangewezen eerst prioriteit te geven aan de uitvoering van de wet op de GGZ-beroepen, alvorens gesprekken op te starten over terugbetaling.

4.3. Planning van het medisch aanbod

4.3.1. Algemene stand van zaken

De minister maakt zich sinds het begin van deze regeerperiode zorgen over de erfenis inzake het dossier van de planning van het medisch aanbod en over de contingentering van bepaalde gezondheidszorgberoepen. Ze probeert voor die heikele problematiek oplossingen te vinden en voor te stellen die alle betrokken partijen en belanghebbenden voldoening kunnen schenken.

Het advies van de Raad van State dat werd gevraagd na de eerste lezing en de goedkeuring in de Ministerraad van het ontwerp van koninklijk besluit inzake de artsquota in 2022 is op 6 december aangekomen. De Raad van State vraagt een verlenging van de termijn om te antwoorden omdat hij het ontwerp van koninklijk besluit in de (tweetalige) verenigde kamer wil behandelen.

Intussen is in de Ministerraad van de Franse Gemeenschap in eerste lezing een ontwerp van decreet houdende de organisatie van een toegangsexamen in de geneeskunde en de tandheelkunde aangenomen. minister Marcourt heeft de tekst ervan overgezonden aan de minister. Hij wordt thans onderworpen aan een juridisch onderzoek door de federale administratie.

pour être reconnues comme représentatives. La représentativité sera déterminée par l'administration sur la base de l'arrêté royal en la matière. La ministre attend celui-ci en février 2017.

Une fois la liste des associations représentatives établie, les associations reconnues comme représentatives recevront une invitation à présenter des candidats sur des listes doubles et ce, tant pour les membres effectifs que pour les membres suppléants. L'arrêté de nomination sera pris en avril 2017.

L'arrêté royal qui règle le fonctionnement du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale prévoit l'installation d'un bureau placé sous la direction d'un président et d'un vice-président. La ministre a consulté des experts et prendra prochainement une décision en ce qui concerne la nomination des président et vice-président. L'administration peut ainsi également s'occuper de la structuration et de l'organisation des travaux du Conseil, de telle sorte que ce dernier puisse commencer son travail dès que ses membres auront été nommés.

Il s'indique de donner la priorité à l'exécution de la loi sur les professions de soins de santé mentale avant d'entamer les discussions sur le remboursement.

4.3. Planification de l'offre médicale

4.3.1. État des lieux général

L'héritage autour du dossier concernant la planification de l'offre médicale et le contingentement de certaines professions de soins de santé préoccupe la ministre depuis le début de la présente législature. Elle s'efforce de trouver et de proposer pour cette problématique délicate des solutions qui peuvent satisfaire tous les parties concernées et intéressées.

L'avis du Conseil d'État demandé après la première lecture et approbation en conseil des ministres du projet d'arrêté royal pour les quotas de médecins en 2022, est parvenu ce 6 décembre 2016. Le Conseil d'État a fait part de sa demande visant à obtenir une prolongation du délai de réponse vu le fait qu'il souhaite traiter le projet d'arrêté royal en Chambre réunie (bilingue).

Entre-temps un projet de décret visant l'organisation d'un examen d'entrée en médecine et dentisterie vient d'être approuvé en première lecture au sein de conseil des ministres de la Communauté française. Le ministre Marcourt en a communiqué le texte à la ministre. Il fait l'objet pour l'instant d'une analyse juridique par l'administration fédérale.

Als federaal minister onthoudt de minister zich evenwel van welk commentaar dan ook op de maatregelen die op een ander beleidsniveau worden genomen. Zij hoopt dat de maatregel die de Franse Gemeenschap wil invoeren om de toegang tot de geneeskundestudies te beperken alle nodige garanties bevat met het oog op doeltreffendheid en rechtszekerheid. De soliditeit en doeltreffendheid van de filter die in het Franstalig lands-gedeelte bij het aanvatten van de geneeskundestudies zal worden ingevoerd, blijft een essentiële voorwaarde in de besprekingen teneinde tot een oplossing te komen om de Franstalige studenten die hun studie al aangevat hadden en tijdens de volgende jaren vanaf 2017 een RIZIV-nummer te bezorgen.

De minister betreurt dat in dit dossier nagenoeg een jaar verloren is gegaan als gevolg van de oorspronkelijke beslissing dat het examen aan het einde van het eerste jaar zou plaatsvinden.

4.3.2. *Buitenlandse studenten*

Indien een buitenlander niet terug naar zijn thuisland gaat na het beëindigen van zijn studies en een gespecialiseerde opleiding geniet, neemt die zorgverlener wel degelijk deel aan de Belgische workforce en wordt hij dus mee gerekend in de modellen die de planningscommissie hanteert bij het inschatten en bepalen van de toekomstige behoeften ter zake. De beleidscel van de minister bekijkt ook samen met de administratie op welke wijze de instroom van buitenlandse zorgverleners kan gereguleerd worden zonder afbreuk te doen aan de Europese regelgeving inzake vrij verkeer van personen.

4.3.3. *Dubbele cohorte*

De minister wijst er op dat dit een van de erfenisdossiers is die zij heeft aangetroffen bij haar aantreden. De inkorting van de studies geneeskunde is ruim voordien genomen. Bij het bestuderen van dit dossier heeft zij zich evenwel al meermaals de vraag gesteld of alle consequenties van die beslissing voldoende ingeschat werden. Desalniettemin heeft haar administratie in nauw overleg met haar beleidscel een aantal pistes voorgesteld die kunnen bijdragen tot het beheersen van het gesteld probleem, rekening houdende met de krappe budgettaire toestand welke niet toelaat om astronomische bedragen uit te trekken hiervoor. De minister heeft nu recent ook gevraagd aan de Hoge Raad voor Artsen-specialisten en Huisartsen om zich formeel uit te spreken over die aangereikte pistes.

De dubbele cohorte heeft als gevolg dat er op een kritische wijze moet uitgekeken worden naar een uitbreiding van de stagecapaciteit. Voor wat de huisartsenstages betreft, voorziet de EU-richtlijn beroepskwalificaties

En tant que membre du gouvernement fédéral, la ministre s'abstient toutefois de tout commentaire sur les mesures prises à un autre niveau de pouvoir. Elle espère que la mesure envisagée par la Communauté française pour limiter l'accès aux études de médecine présente toutes les garanties nécessaires en termes d'efficacité et de sécurité juridique. La solidité et l'efficacité du filtre qui sera installé dans la partie francophone du pays au début des études de médecine demeure une condition essentielle dans les discussions visant à aboutir à une solution pour accorder, à partir de 2017, un numéro INAMI aux étudiants francophones qui avaient déjà entamé leurs études.

La ministre regrette que près d'un an ait été perdu dans ce dossier en raison de la décision initiale de placer l'examen à la fin de la première année.

4.3.2. *Étudiants étrangers*

Dans le cas où un étudiant étranger ne retourne pas dans son pays d'origine à la fin de ses études et jouit d'une formation spécialisée, il fait bien partie des effectifs belges et est bien comptabilisé dans les modèles que la commission de planification utilise pour évaluer et fixer les besoins futurs dans ce domaine. La cellule stratégique de la ministre examine également, en collaboration avec l'administration, de quelle façon on peut réguler l'afflux de prestataires de soins étrangers sans enfreindre la réglementation européenne en matière de libre circulation des personnes.

4.3.3. *Double cohorte*

La ministre souligne qu'il s'agit d'un des dossiers dont elle a hérité à son entrée en fonction. La décision d'écourter les études de médecine a été prise bien avant cette date. Ayant étudié ce dossier, elle s'est toutefois déjà demandée à plusieurs reprises s'il avait été suffisamment pris conscience des conséquences de cette décision. Néanmoins, son administration, en étroite concertation avec sa cellule stratégique, a proposé un certain nombre de pistes pouvant contribuer à résoudre le problème qui se pose, compte tenu de la situation budgétaire qui ne permet pas de dégager des montants astronomiques à cet effet. La ministre vient de demander également au Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes de se prononcer formellement sur les pistes proposées.

La double cohorte fait qu'il faut envisager, de façon critique, l'extension des capacités de stage. En ce qui concerne les stages des généralistes, la directive européenne sur les qualifications professionnelles prévoit

in een klinische opleidingsduur van drie jaar met minstens zes maanden ziekenhuisstage. In het verleden was deze stage beperkt tot twee jaar en was ziekenhuisstage optioneel. Dit gegeven komt dus bovenop de “dubbele cohorte”.

De aangeboden stages dienen kwalitatief verantwoord te zijn. De uitbreiding van het stageaanbod moet een tijdelijk karakter hebben. De uitbreiding van de stagecapaciteit kan niet los gezien worden van de problematiek van de contingentering van artsen. Immers, de beschikbaarheid van meer stageplaatsen kan een voorwendsel worden om meer artsen in professionele stage op te leiden en aldus ruimere jaarcohortes mogelijk te maken.

Het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van artsen-specialisten, stagemeesters en stagediensten, bepaalt de transversale criteria voor de artsen-specialisten, waarbij niet mag vergeten worden indien nodig ook de specifieke erkenningscriteria aan te passen. Dit besluit voorziet reeds in ruimere mogelijkheden voor meer extramurale stages, voor wetenschappelijk onderzoek, en voor buitenlandse stages.

Het ministerieel besluit van 13 september 2016 tot wijziging van het ministerieel besluit van 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeesters en stagediensten, voorziet in meer soepele voorwaarden voor de erkenning van stagemeesters (anciënniteit van vijf jaar in plaats van zeven jaar, de voorwaarde inzake publicatie wordt versoepeld, meer accent wordt gelegd op het stageteam en het stage-organogram en de opleiding van stagemeesters).

Voor de professionele vorming van huisartsen en voor de universitaire ziekenhuizen wat betreft artsen-specialisten, bestaat sinds jaren een financieringsmechanisme. Een nieuw budget van 10 miljoen euro werd voorzien in 2016 voor de stagemeesters in niet-universitaire ziekenhuizen waar precies nog een mogelijke marge aan stageplaatsen bestaat. De toewijzing van dit budget wordt besproken in de medicomut.

De minister wenst een piste ter illustratie toelichten. Parallel met de inkorting van de duur van de basisstudies geneeskunde, wordt de huisartsenopleiding verlengd van twee naar drie jaar waarin dan ook wordt voorzien in een ziekenhuisstage gedurende zes maanden.

Het voorstel is om tijdens de crisisperiode 2018 toch verder huisartsstages in ziekenhuizen tijdens de

une durée de formation clinique de trois ans incluant au moins six mois de stage en milieu hospitalier. Par le passé, ce stage se limitait à deux ans et le stage en milieu hospitalier était optionnel. Ces éléments s'ajoutent donc encore à la double cohorte.

Les stages proposés doivent être de qualité. L'extension de l'offre de stages doit revêtir un caractère temporaire. L'extension des capacités de stage doit tenir compte de la problématique du contingentement des médecins. En effet, la disponibilité de plus de places de stage peut devenir un prétexte pour former davantage de médecins dans des stages professionnels et rendre dès lors possibles de plus grandes cohortes annuelles.

L'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage fixe les critères transversaux pour les médecins spécialistes. On ne peut pas non plus oublier d'adapter également, au besoin, les critères d'agrément spécifiques. Cet arrêté prévoit déjà des possibilités élargies pour davantage de stages extramuraux, pour la recherche scientifique et pour les stages à l'étranger.

L'arrêté ministériel du 13 septembre 2016 modifiant l'arrêté ministériel du 23 avril 2014 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage prévoit des conditions plus souples pour la reconnaissance des maîtres de stage (ancienneté de cinq ans au lieu de sept, assouplissement de la condition en matière de publication, plus grande importance accordée à l'équipe de stage, à l'organigramme de stage et à la formation des maîtres de stage).

Un mécanisme de financement existe depuis de nombreuses années pour la formation professionnelle des médecins généralistes et pour les hôpitaux universitaires en ce qui concerne les médecins spécialistes. Un nouveau budget de 10 millions d'euros a été prévu en 2016 pour les maîtres de stage dans les hôpitaux non universitaires, où il existe précisément encore une marge de manœuvre en matière de places de stage. L'affectation de ce budget est à l'examen au sein de la Médicomut.

En guise d'illustration, la ministre souhaite commenter une piste. Parallèlement au raccourcissement de la durée des études de base de médecine, la formation en médecine générale est allongée de deux à trois ans, et inclut un stage en hôpital d'une durée de six mois.

La proposition est de tout de même continuer à considérer, pendant la période de crise 2018, les stages de

basisopleiding geneeskunde te beschouwen als dienstig onderdeel voor de latere huisartsopleiding. Gezien de grote druk op stageplaatsen in ziekenhuizen tijdens de crisisperiode van de dubbele cohorte, moet vermeden worden dat huisartsen in opleiding (HAIO) geen erkende stagedienst in een ziekenhuis vinden en daardoor erkenningsproblemen krijgen. Dit gevaar is niet denkbeeldig: de stagemeesters in ziekenhuisdiensten zullen heel wat kopzorgen hebben waardoor ze de bijkomende vorming voor huisartsopleiding en een aparte erkenningsaanvraag er echt te veel aan vinden.

Het aantal artsen-specialisten in opleiding (ASO) zal toenemen in 2018 waardoor de huisartsen in opleiding op ziekenhuisstage niet steeds met voldoende activiteit in aanraking dreigen te komen. En een stagemeester kan gewoon oordelen dat ASO's die dat medisch specialisme kozen en een langere tijd op de stagediensten zullen blijven, de voorkeur moeten krijgen.

Artikel 16 van het ministerieel besluit van 1 maart 2010 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van huisartsen, voorzagt precies in dat vanaf 2018 het voorafbestaand mechanisme op zijn einde loopt waarbij de ziekenhuisstage tijdens de opleiding geneeskunde (zij het van zeven jaar) in aanmerking kwam

Indien het vroeger bestaande mechanisme met enkele jaren verlengd kan worden, zou dit in het voordeel van alle partijen kunnen spelen, niet in het minst voor de HAIO die niet geconfronteerd wil worden met onvindbare ziekenhuisstagediensten of een stage in een reeds overbezette capaciteit.

Een en ander moet juridisch nog dieper geanalyseerd worden. Maar op het eerste zicht biedt artikel 28 van de Richtlijn beroepskwalificaties nog mogelijkheden.

4.4. **Artsen in opleiding: ASO's en HAIO's**

Het statuut *sui generis* van de ASO's werd in de socialezekerheidsregeling ingevoerd in 1983 bij koninklijk besluit. Deze uitbreiding (met beperking van de takken) vindt haar wettelijke grondslag in de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers.

Het statuut *sui generis* voorziet slechts in bescherming in de volgende gevallen: arbeidsongeschiktheid- en ziekte, beroepsziekten en arbeidsongevallen,

médecine générale effectués en hôpital au cours de la formation de base en médecine comme une partie de la future formation en médecine générale. Étant donné la pression importante dont feront l'objet les places de stage dans les hôpitaux pendant la période de crise de la double cohorte, il convient d'éviter que les médecins généralistes en formation (MGFP) ne trouvent pas de service de stage agréé dans un hôpital et soient dès lors confrontés à des problèmes d'agrément. Ce risque n'est pas virtuel: les maîtres de stage dans les services des hôpitaux auront de nombreux soucis à se faire, et estiment dès lors que la formation supplémentaire dans le cadre de la formation en médecine générale et l'instauration d'une demande d'agrément distincte sont vraiment de trop.

Comme le nombre de médecins spécialistes en formation (MSF) augmentera en 2018, les médecins généralistes en formation faisant un stage en hôpital risquent d'être confrontés à une activité insuffisante. Et un maître de stage peut simplement estimer qu'il doit accorder sa préférence aux MSF qui ont opté pour une spécialité médicale et qui resteront plus longtemps au sein des services de stage.

L'article 16 de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes prévoyait précisément dès 2018 la fin du mécanisme antérieur dans le cadre duquel le stage en hôpital effectué au cours de la formation en médecine (de sept ans) était pris en compte.

Si le mécanisme antérieur pouvait être prolongé de plusieurs années, toutes les parties en bénéficieraient – certainement les MGFP, qui ne souhaitent pas être confrontés à l'absence de services de stage en hôpital ou effectuer un stage dans un service qui est déjà en surcapacité.

Tout cela doit encore faire l'objet d'une analyse juridique plus approfondie, mais à première vue, l'article 28 de la directive relative aux qualifications professionnelles offre encore des possibilités.

4.4. **Médecins en formation: MSF et MGFP**

Le statut *sui generis* des MSF a été instauré en 1983 par arrêté royal dans la réglementation relative à la sécurité sociale. Cette extension (avec une limitation des branches) est fondée sur la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés.

Le statut *sui generis* ne prévoit de protection que dans les cas suivants: incapacité de travail et maladie, maladies professionnelles et accidents du travail,

kinderbijslagen, geboortepremie en omstandigheidsverlof. Zijn dus niet inbegrepen: de opbouw van de pensioenrechten (eerste pijler), ouderschapsverlof, dertiende maand en werkeloosheid.

In 2009 werd het voor ASO's gecreëerde statuut *sui generis* uitgebreid tot de HAO's, dit om de discriminatoire situatie recht te zetten.

De ASO's vragen een uitbreiding van hun statuut. Rekening houdende met de verlenging van de opleidingsduur vergeleken met die ten tijde van de invoering van het statuut *sui generis* (in 1983) en rekening houdende met de wijzigende regelgeving inzake bijvoorbeeld de pensioenen, is die vraag in bepaalde mate ook begrijpelijk. In functie van deze observaties werden door de beleidscel van de minister en haar administratie vijf pistes onderzocht, zowel juridisch als budgettair: het volledig statuut van werknemer; het behoud van het statuut *sui generis*, verruimd tot de tak pensioenen van de werknemers; het behoud van het statuut *sui generis* met mogelijke regularisatie van de opleidingsperiode; het behoud van het statuut *sui generis*, verruimd tot de tak pensioen van de zelfstandigen; en een volledig statuut van zelfstandige. Het ten gronde analyseren van dit alles is een uiterst complexe en zeer technische aangelegenheid.

Het volledig statuut van de werknemers is vanuit juridisch en budgettair oogpunt geen goede optie. Deze piste werd in 1983 overwogen. Ze werd echter als niet passend bevonden, want in talrijke gevallen zijn deze geneesheren specialisten in opleiding geen werknemers na hun opleiding. Daarenboven moet worden opgemerkt dat er geen echte band van ondergeschiktheid is, maar een band van supervisie tussen de stagiair en zijn stagemester. ASO's zijn personen die, zonder door een arbeidsovereenkomst te zijn verbonden, tegen loon, arbeidsprestaties onder het gezag van een ander persoon verrichten of die arbeid verrichten onder gelijkwaardige voorwaarden.

Het volledig statuut van zelfstandige is juridisch moeilijk denkbaar vanuit het oogpunt van het arbeidsrecht behalve indien de arbeidsrelatie wordt gewijzigd, maar zou budgettair positief zijn voor de Staat.

Conclusie van deze analyse was dat de beste optie, rekening houdend met de vraag van de ASO's, de piste van de uitbreiding van het statuut *sui generis* met de tak pensioenen werknemers is. Hoewel enkel de ASO's de vraag tot uitbreiding van hun bestaand statuut hebben gesteld, dient overwogen te worden om de te nemen maatregel niet enkel tot hen te beperken, maar deze tevens van toepassing te verklaren op de HAO's.

allocations familiales, prime de naissance et congé de circonstances. Ne sont donc pas inclus: la constitution des droits de pension (premier pilier), le congé parental, le treizième mois et le chômage.

En 2009, le statut *sui generis* créé pour les MSF a été élargi aux MGFP pour mettre fin à cette discrimination.

Les MSF demandent une extension de leur statut, ce qui est dans une certaine mesure compréhensible, eu égard à la prolongation de la durée de formation par rapport à celle qui était prévue lors de l'instauration du statut *sui generis* (en 1983) et compte tenu de la modification de la réglementation en matière de pensions, par exemple. À la suite de ces observations, la cellule stratégique de la ministre et son administration ont examiné cinq pistes, tant juridiques que budgétaires: un statut de salarié à part entière; le maintien du statut *sui generis*, élargi à la branche pensions des salariés; le maintien du statut *sui generis* avec une possibilité de régularisation de la période de formation; le maintien du statut *sui generis*, élargi à la branche pensions des indépendants; et un statut d'indépendant à part entière. Il s'agit d'une matière extrêmement technique et complexe.

Le statut social complet de travailleur salarié n'est pas une bonne option d'un point de vue juridique et budgétaire. Cette piste a été envisagée en 1983. Elle n'a toutefois pas été jugée pertinente, car dans de nombreux cas ces médecins spécialistes en formation ne sont pas des travailleurs salariés au terme de leur formation. Il convient en outre d'observer qu'il n'y a pas de véritable lien de subordination, mais un lien de supervision entre le stagiaire et son maître de stage. Les MSF sont des personnes qui, sans être liées par un contrat de travail, effectuent, contre rémunération, des prestations de travail sous l'autorité d'une autre personne ou prestent ce travail dans des conditions similaires.

Le statut social complet de travailleur indépendant est difficilement envisageable sous l'angle du droit du travail à moins de modifier la relation de travail, mais cette solution serait budgétairement positive pour l'État.

La conclusion de cette analyse était que la meilleure option, compte tenu de la demande des MSF, était la piste de l'extension du statut *sui generis* à la branche pensions des travailleurs salariés. Bien que les MSF aient été les seuls à demander l'extension de leur statut existant, il faut envisager de ne pas limiter la mesure à prendre à eux seuls mais de l'étendre également aux MCG.

Een advies aangaande dit scenario werd gevraagd aan de Nationale Paritaire Commissie Geneesheren Ziekenhuizen. De commissie stond niet onmiddellijk negatief tegenover dit voorstel, maar heeft uiteindelijk beslist dat het dossier diende te worden behandeld door de Medicomut. Na ontvangst van het advies zal dit bestudeerd worden. De timing van verdere voortgang van dit dossier is dus afhankelijk van het ogenblik waarop het advies zal worden overgemaakt en wat de inhoud ervan is.

Indien een uitbreiding van het statuut *sui generis* wordt overwogen, dient er in de eerste plaats met kabinet Pensioenen overleg te worden gepleegd.

Er blijven enkele knelpunten. Het statuut *sui generis* werd net ingevoerd opdat de ziekenhuizen minder kosten zouden moeten dragen voor de opleiding van hun ASO's. Er zal dus moeten nagegaan worden in welke mate de ziekenhuizen bereid zijn een bijkomende sociale last te dragen. Voor artsen in opleiding die hun stage reeds volgen is het technisch onmogelijk om de situatie uit het verleden te regelen. Een oplossing zou zijn om de studieperiode te regulariseren, te meer gelet op de recente beslissingen die ter zake zijn genomen in het kader van het conclaaf.

4.5. **Apothekers**

4.5.1. *Meerjarenkader apothekers*

Het is belangrijk om de zorgtaken van de officina-apotheker binnen de eerstelijns te verbreden en te vernieuwen, alsook correct te honoreren. De financiële incentives moeten gericht zijn op zorg en niet op administratie en economische marge. Daarom wil de minister graag verdere stappen zetten met het meerjarenkader en neemt het engagement om hier prioriteit aan te geven.

In 2017 draagt de sector van de gezondheidszorg tot de sanering van de overheidsuitgaven bij voor een bedrag van 902 miljoen euro. Aan verschillende sectoren wordt gevraagd daaraan deel te nemen, ook aan de sector van de officina-apotheken. De minister heeft met de nationale beroepsverenigingen, de Algemene Pharmaceutische Bond (APB) en met OPHACO een constructief onderhoud gehad over de bezuinigingsmaatregelen en de toekomst van de officina-apothekers. Het vertrouwen werd hersteld en de besprekingen over het financieel meerjarenkader worden nu voortgezet.

De veranderende rol van de officina-apotheker, niet alleen als verstrekker van farmaceutische zorg, maar ook als actor van toegankelijke zorg die dicht bij alle burgers staat, zal worden bevestigd en verder worden uitgewerkt

Un avis sur ce scénario a été demandé à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. Celle-ci n'a pas immédiatement adopté une position négative à l'encontre de cette proposition, mais elle a finalement décidé que le dossier devait être examiné par la medicomut. La proposition sera examinée après réception de l'avis. Le calendrier de la poursuite des travaux dans ce dossier est donc tributaire du moment auquel l'avis sera transmis et de sa teneur.

Si l'on envisage une extension du statut *sui generis*, il convient d'organiser tout d'abord une concertation avec le cabinet des Pensions.

Des problèmes subsistent. Le statut *sui generis* a précisément été instauré pour que les hôpitaux doivent supporter moins de charges pour la formation de leurs MSF. Il faudra donc examiner dans quelle mesure les hôpitaux sont disposés à supporter une charge sociale supplémentaire. Pour les médecins en formation qui suivent déjà leur stage, il est techniquement impossible de régler la situation du passé. Une solution pourrait être de régulariser la période des études, a fortiori au vu des mesures récentes prises en la matière dans le cadre du conclave budgétaire.

4.5. **Pharmaciens**

4.5.1. *Cadre pluriannuel pharmaciens*

Il est important d'élargir et de rénover les missions de soins des officines de pharmacie au sein de la première ligne, et de les rémunérer correctement. Les incitants financiers doivent être axés sur les soins et pas sur l'administration et la marge économique. C'est pourquoi la ministre veut avancer avec le cadre pluriannuel et qu'elle prend l'engagement d'y donner la priorité.

En 2017, le secteur des soins de santé contribue à l'assainissement des dépenses publiques pour un montant de 902 millions d'euros. Il est demandé à différents secteurs d'y participer, également au secteur des pharmacies d'officine. La ministre a eu un entretien constructif avec les associations professionnelles nationales, l'Association Pharmaceutique Belge (APB) et OPHACO au sujet des mesures d'économies et l'avenir des pharmaciens d'officine. La confiance a été rétablie et les discussions relatives au cadre pluriannuel se poursuivent maintenant.

Le rôle changeant du pharmacien d'officine en tant que prestataire des soins pharmaceutiques, mais aussi en tant qu'acteur de soins accessible et proche de tous les citoyens, sera confirmé et élaboré davantage dans

in dat financieel meerjarenkader; zulks zal steeds gebeuren met het oog op kwaliteitsvolle, toegankelijke en voor de patiënt betaalbare farmaceutische zorg.

4.5.2. Laboratoria voor klinische biologie

Het in 2009 gewijzigde koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, voorziet in een regeling voor het medisch-farmaceutisch personeel van de laboratoria voor klinische biologie. Er is bepaald dat in elk laboratorium ten minste één arts-klinisch bioloog, overeenstemmend met een voltijds equivalent, aanwezig moet zijn. De logica van dat besluit is dat in elk laboratorium zowel farmaceutische als medische expertise aanwezig moet zijn om in alle domeinen kwaliteit te kunnen waarborgen. Een arts heeft bijvoorbeeld meer ervaring met het leggen van correlaties tussen laboratoriumresultaten en medisch-klinische gegevens.

Aangezien het wijzigingsbesluit van 2009 over de aanwezigheid van laboratoriumpersoneel toentertijd duidelijk verantwoord was, alsook gelet op de rechtspraak, heeft het besluit de toets doorstaan van met name een arrest van de Raad van State. De minister ziet geen enkele reden om het wijzigingsbesluit van 2009 niet in werking te doen treden.

Voorts organiseert de minister op 7 december 2016 een overleg met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en met de leden van de Commissie Klinische Biologie om de inwerkingtreding aan de laboratoria te melden. De sector werd ruim op tijd ingelicht: het wijzigingsbesluit van 2009 werd zeven jaar geleden aangenomen. Mocht het opnieuw worden uitgesteld, dan zou het elke zin verliezen. Het klopt wel dat het voor een twintigtal laboratoria moeilijk valt zich naar een en ander te schikken. De administraties zullen nagaan of de erkennings- of verlengingsdossiers voldoen aan de regelgevende voorwaarden, alsook of zij het koninklijk besluit van 1999 zullen toepassen.

4.6. Verpleegkundigen

4.6.1. Health Care Assistant en zorgkundigen

Verpleegkundige zorg betreft een zeer groot en belangrijk aandeel van de Belgische gezondheidszorg. Een recent onderzoek concludeert dat verpleegkundigen een grote en positieve invloed hebben op de overlevingskansen van onze patiënten.

De lijn voor verpleegkundig is duidelijk. Een verpleegkundige is EU-conform. De minister heeft gekozen voor

ce cadre pluriannuel, toujours en fonction des soins pharmaceutiques de qualité, accessibles et abordables pour le patient.

4.5.2. Laboratoires de biologie clinique

Le personnel médico-pharmaceutique des laboratoires de biologie clinique est réglé par l'arrêté royal du 3 décembre 1999 sur les laboratoires de biologie clinique, modifié en 2009. Il est prévu qu'au moins un médecin-biologiste clinique, équivalent à un temps plein, doit être présent dans chaque laboratoire. La logique de cet arrêté est qu'il faut avoir une expertise tant pharmaceutique que médicale dans chaque laboratoire pour pouvoir assurer la qualité dans tous les domaines. Un médecin a par exemple plus d'expérience en matière de corrélation de résultats de labo avec des données médico-cliniques.

Étant donné qu'à l'époque, l'arrêté modificatif de 2009 concernant la présence de membres du personnel du laboratoire était clairement justifié et tenu compte de la jurisprudence, l'arrêté a notamment subsisté face à un arrêt du Conseil d'État. La ministre ne voit aucune raison de ne pas faire entrer l'arrêté modificatif de 2009 en vigueur.

Par ailleurs, la ministre organise le 7 décembre 2016 une concertation avec l'Institut scientifique de la Santé publique et les membres de la Commission de biologie clinique afin de signaler l'entrée en vigueur aux laboratoires. Le secteur a été informé bien à temps: l'arrêté modificatif de 2009 a été adopté il y a sept ans. Un nouveau report ferait qu'il perdrait tout son sens. Il est certes difficile pour une vingtaine de laboratoires de se conformer. Les administrations vérifieront si les dossiers d'agrément ou de prolongation remplissent les conditions réglementaires et elles appliqueront l'arrêté royal de 1999.

4.6. Infirmiers

4.6.1. Health Care Assistant et aides-soignants

Les soins infirmiers concernent un très large pan des soins de santé en Belgique. Une étude récente conclut que les infirmiers ont une grande influence positive sur les l'espérance de vie de nos patients.

La ligne pour les infirmiers est claire. Un infirmier est conforme UE. La ministre a opté pour la stricte

een strikte omzetting van de EU-richtlijn. De organisatie van het onderwijs behoort evenwel niet tot haar bevoegdheid; de toetsing van de naleving van deze richtlijn bijgevolg ook niet.

De minister begrijpt dat er bezorgdheid is ontstaan over de positie van de zorgkundigen. Het is niet haar ambitie om de zorgkundigen buiten de WUG te brengen. Binnen de gezondheidszorg dient er evenwel durven nagedacht te worden over een correcte invulling van de zorg. Daarom onderzoekt de minister samen met de sector hoe een antwoord op de steeds evoluerende zorgnood (steeds complexere zorg door meer multimorbiditeit, meer ouderenzorg, hoger technologische zorg, meer informatisering door e-gezondheid en mobile health) kan worden geboden. Er moet nagedacht worden over de positie van de zorgkundige binnen deze context en dit in verhouding tot de EU-Health Care Assistant die nog maar net in volle ontwikkeling is.

4.6.2. *Opvolging van het protocolakkoord welzijn om gehandicaptenzorg toegang te geven tot bepaald handelingen die voor verpleegkundigen zijn voorbehouden*

Voor 2016 was het de doelstelling om het protocolakkoord welzijn te evalueren. De studieoproep werd recent gelanceerd. De doelstelling is deze studie te laten aanvangen in de loop van de maand december 2016. Bij de start van de studie zal een begeleidingscomité worden opgericht. Het is pas na deze evaluatie dat eventuele verder stappen kunnen worden bepaald.

Met de hervorming van de WUG zullen vele problemen inzake het onwettig beoefenen van de geneeskunde worden opgelost.

4. 6.3 *Eindeloopbaanmaatregelen voor het ziekenhuispersoneel*

De regering heeft tijdens het jongste begrotingsconclaaf besloten om met de sociale partners een debat te openen over de hervorming van de loopbaaneindemaatregelen. De volgende uitgangspunten zal de regering volgen in dit debat:

— wat het verzorgend personeel (en gelijkgestelden) betreft: de verhoging van de oorspronkelijke uitstapleeftijd (thans 45 jaar) met 5 jaar;

— voor het niet-verzorgend personeel: de afschaffing van de eindeloopbaangerelateerde voordelen (in andere beroepssectoren, hebben die zelfde personeelscategorieën evenmin die eindeloopbaanvoordelen);

transposition de la directive UE. L'organisation de l'enseignement ne relève cependant pas de sa compétence; le contrôle du respect de cette directive par conséquent pas non plus.

La ministre comprend les préoccupations à propos de la position des aides-soignants. Son ambition n'est pas de placer les aides-soignants en dehors des LEPSS. Au sein des soins de santé, il faut toutefois oser réfléchir à donner un contenu correct aux soins. C'est pourquoi la ministre examine avec le secteur comment offrir une réponse au besoin de soins en évolution constante (des soins de plus en plus complexe en raison d'une plus grande multimorbidité, davantage de soins aux personnes âgées, des soins d'une plus grande technologie, une plus grande informatisation par l'e-santé et mobile health). Il faut réfléchir à la position des aides-soignants dans ce contexte et ce, en liaison avec le EU-Health Care Assistant qui n'en est qu'au début de son plein développement.

4.6.2. *Suivi du protocole d'accord bien-être permettant au secteur de l'aide aux personnes handicapées d'accéder à certains actes réservés aux infirmiers*

L'objectif pour 2016 était d'évaluer le protocole d'accord bien-être. L'appel pour l'étude a été lancé récemment. L'objectif est de faire démarrer l'étude dans le courant du mois de décembre 2016. Un comité d'accompagnement sera constitué au début l'étude. Ce n'est qu'après cette évaluation que d'éventuelles étapes supplémentaires pourront être déterminées.

La réforme de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé résoudra de nombreux problèmes en matière d'exercice illégal de la médecine.

4.6.3. *Mesures de fin de carrière pour le personnel dans les hôpitaux*

Lors du dernier conclave budgétaire, le gouvernement a décidé d'ouvrir le débat avec les partenaires sociaux au sujet de la réforme des mesures de fin de carrière. Au cours de ce débat, les points de départ du gouvernement seront les suivants :

— concernant le personnel soignant (et assimilés): l'augmentation de l'âge initial de départ (fixé actuellement à 45 ans) de 5 ans;

— pour le personnel non soignant: suppression des avantages liés à la fin de carrière (cf. dans d'autres secteurs professionnels, ces mêmes catégories de personnel ne bénéficient pas non plus de ces avantages de fin de carrière);

— de verworven rechten moeten in acht worden genomen en er moet in een overgangperiode worden voorzien;

— daartoe moeten de reglementering evenals de collectieve arbeidsovereenkomsten (privésector) en de protocols (overheidssector) worden aangepast.

4.7. *Vroedvrouwen*

4.7.1. *Echografieën*

Zoals de beleidsnota aangeeft, zullen de criteria en de nadere regels moeten worden onderzocht, rekening houdend met de elementen die de leden aangeven. Uit het KCE-rapport blijkt immers dat er slechts twee tot maximaal drie echografieën zijn aangewezen bij een normale zwangerschap. Dit betreft structurele echografieën. Voor de vroedvrouwen worden enkel de criteria en nadere regels onderzocht voor het uitvoeren van functionele echografieën. De indicaties – het kader waarbinnen er nood is aan echografieën door een vroedvrouw – zullen bijgevolg goed moeten worden bestudeerd.

Het betreft medische echografieën. De niet-medisch echografieën of ook pretecho's genoemd, worden hierin niet opgenomen.

4.7.2. *Keizersnede*

De opdracht van het KCE bestond er niet in om beleidsadviezen te formuleren. Het was de bedoeling om de impact van electieve keizersneden te onderzoeken en hierover voldoende en correcte informatie te verzamelen voor de toekomstige ouders. Deze informatie werd ook aangereikt in het rapport dat werd gepubliceerd in oktober 2016. Dit rapport had evenmin de bedoeling om guidelines inzake keizersneden te bepalen.

Het dalen van het percentage keizersneden, dat sterk varieert van materniteit tot materniteit, is een doelstelling die opgenomen werd in het medicomut-akkoord. Dit is wellicht de eerste keer dat een gezondheidszorgdoelstelling werd opgenomen, nadat de wens daartoe signaleerd was.

Door het KCE-rapport en deze gezondheidszorgdoelstelling beweegt er veel op het terrein.

4.8. *Niet-conventionele praktijken*

De bespreking van het dossier binnen de regering zal worden heropgestart. Vooraleer er een akkoord is binnen de regering kan de minister geen uitspraken doen over inhoudelijke elementen.

— les droits acquis doivent être respectés et il convient de prévoir une période transitoire;

— pour ce faire, il convient d'adapter la réglementation ainsi que les conventions collectives de travail (secteur privé) et les protocoles (secteur publique).

4.7. *Sages-femmes*

4.7.1. *Échographies*

Comme l'indique la note de politique générale, les critères et les modalités devront être examinés, compte tenu des éléments avancés par les membres. Il ressort en effet du rapport KCE que seuls deux à maximum trois échographies sont recommandées pour une grossesse normale. Il s'agit d'échographies structurelles. En ce qui concerne les sages-femmes, seuls les critères et les modalités de la réalisation d'échographies fonctionnelles sont examinés. Les indications – le cadre dans lequel une échographie réalisée par une sage-femme est nécessaire – devront par conséquent être bien étudiées.

Il s'agit des échographies médicales. Les échographies non médicales, aussi appelées 'échographies de confort', ne sont pas concernées.

4.7.2. *Césarienne*

La mission du KCE ne consistait pas à formuler des avis politiques. L'objectif était d'examiner l'impact des césariennes électorales et de réunir des informations suffisantes et correctes sur celles-ci pour les futurs parents. Ces informations ont également été abordées dans le rapport publié en octobre 2016. Ce rapport n'avait pas davantage pour objet de fixer des directives en matière de césariennes.

La diminution du pourcentage de césariennes, qui varie fortement d'une maternité à l'autre, est un objectif qui a été inséré dans l'accord médico-mutualiste. C'est peut-être la première fois qu'un objectif de soins de santé a été inséré après que le souhait en a été exprimé.

Grâce au rapport KCE et à cet objectif de soins de santé, beaucoup de choses bougent le terrain.

4.8. *Pratiques non conventionnelles*

La discussion du dossier au sein du gouvernement sera relancée. Avant qu'il n'y ait un accord au sein du gouvernement, la ministre ne peut se prononcer sur le contenu de celui-ci.

De minister bevestigt dat de studie van het KCE al van enige tijd geleden dateert, maar als een nieuwe studie wordt aangevraagd zal het dossier niet binnen korte termijn kunnen geregeld worden terwijl dit wel noodzakelijk is voor de betrokken beroepsgroepen en de patiënten.

5. Hervorming van de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen

5.1. Netwerken

5.1.1. Transparantie voor het BFM

De vraag naar transparantie voor het BFM begrijpt de minister volkomen, maar de opaciteit bestaat sinds vele tientallen jaren en is in de loop der jaren alleen maar toegenomen. Het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, is nog nauwelijks leesbaar. De vorige regelgeving die de ligdagprijs regelde was dat evenmin.

Het is precies een van de aandachtspunten in de benadering van de minister voor de herziening van de ziekenhuisfinanciering. Het is evenwel niet mogelijk om van de ene dag op de andere iets dat sinds decennia steeds maar in complexiteit en opaciteit is toegenomen, meteen glashelder en doorzichtig te maken. Dat vraagt tijd.

Een aantal maatregelen die nu genomen zijn in het kader van het voorbije begrotingsconclaaf, zijn er overigens op gericht om een aantal verdoken, weinig zichtbare en soms onderling discriminerende onderdelen van het BFM en de ziekenhuisfinanciering bij te sturen of te schrappen, hetgeen een vereenvoudiging en dus ook een toename in transparantie betekent.

5.1.2. Nadere regels inzake netwerken

Volgende principes inzake netwerken worden vastgesteld en zullen in reglementering worden neergelegd.

Netwerken vormen de basiseenheid van het ziekenhuislandschap. De eerste voorwaarde om als ziekenhuis te functioneren, is onderdeel te zijn van een netwerk. Het netwerk bepaalt de strategie en taakverdeling tussen de ziekenhuizen van het netwerk, met het oog op zorgverlening in functie van de zorgbehoeften en binnen de programmatie. Op het niveau van het netwerk wordt in een aangepaste betrokkenheid van artsen voorzien voor wat de governance van het netwerk betreft. Het is ook de bedoeling dat het netwerk (op termijn) rechtspersoonlijkheid verwerft.

La ministre confirme que l'étude du KCE ne date pas d'hier. Mais, si une nouvelle étude est demandée, le dossier ne pourra pas être réglé de sitôt alors que ce serait nécessaire pour les groupes professionnels concernés et pour les patients.

5. Réforme de l'organisation et du financement des hôpitaux

5.1. Réseaux

5.1.1. Transparence du BMF

La ministre comprend parfaitement que l'on demande que le BMF soit transparent. Mais l'opacité est un fait depuis plusieurs dizaines d'années déjà et n'a fait que s'aggraver au fil des ans. L'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux est encore à peine lisible. La réglementation précédente qui fixait le prix de la journée d'hospitalisation ne l'était pas davantage.

Il s'agit précisément d'une des priorités de la ministre dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. Il n'est toutefois pas possible de rendre transparent, du jour au lendemain, un dossier dont la complexité et l'opacité n'ont fait qu'augmenter ces dernières décennies. Cela prend du temps.

Certaines des mesures prises lors du dernier conclave budgétaire visent d'ailleurs à rectifier ou à supprimer certains éléments dissimulés, peu visibles et quelquefois contradictoires du BMF et du financement des hôpitaux, ce qui signifierait une simplification et donc une plus grande transparence.

5.1.2. Modalités en matière de réseaux

En matière de réseaux, les principes suivants ont été fixés et seront coulés dans la réglementation.

Les réseaux constituent l'unité fondamentale du paysage hospitalier. La première condition afin de fonctionner en tant qu'hôpital est de faire partie d'un réseau. Celui-ci définit la stratégie et la répartition des tâches entre ses hôpitaux en vue d'administrer les soins en fonction des besoins et dans le cadre de la programmation. En ce qui concerne la gouvernance du réseau, il est prévu d'y associer les médecins de façon appropriée. Le but est également que le réseau acquière (à terme) la personnalité juridique.

Voor de locoregionale zorgopdrachten is het eveneens de betrachting om functies, zware apparatuur enz. in de toekomst op netwerkniveau te financieren en niet langer op niveau van een individueel ziekenhuis. Dit heeft als doel om de goede samenwerking op netwerkniveau te stimuleren (geen netwerk betekent ook geen financiering).

Elk klinisch netwerk van ziekenhuizen bedient een populatie van 400 000 à 500 000 patiënten. In totaal zullen er maximaal 25 netwerken zijn voor gehele grondgebied. De populatie van het netwerk wordt bepaald op basis van een combinatie van demografische elementen en geobjectiveerde reële patiëntenstromen in de ziekenhuizen die tot het netwerk behoren. Dat verklaart waarom een netwerk gedeeltelijk een ander kan overlappen. Een netwerk kan bestaan uit ziekenhuizen die gesitueerd zijn in verschillende deelstaten.

Elk ziekenhuisnetwerk is intern geografisch aansluitend voor wat de algemene en specialistische zorgfuncties betreft. Netwerken mogen wel overlappen, maar moeten steeds geografisch aansluitend zijn. De huidige definitie van ziekenhuis wordt verlaten: het ziekenhuis bestaat maar wordt bekeken als een onderdeel van een netwerk.

Voor de referentie- en universitaire functies (minder dan 25 in het land; het aantal varieert per functie) wordt er boven het netwerkniveau gewerkt. Een gehele netwerk zal met een referentiepunt in een ander netwerk onderhandelen, dit per functie. Deze netwerken zijn niet noodzakelijk geografisch aansluitend.

Functies worden geprogrammeerd. Het is de bedoeling om meer functies in een programmatie op te nemen (waar nu niet geprogrammeerd) en om, zowel voor momenteel reeds geprogrammeerde evenals andere nog niet geprogrammeerde functies naar minder functies en campussen te evolueren dan er nu bestaan.

De programmering zal per net gebeuren. Er zal evenwel worden op toegezien dat een versnippering van de activiteit over een al te groot aantal vestigingen wordt voorkomen of zelfs onmogelijk wordt gemaakt, omdat precies die versnippering de werkings- en exploitatiekosten van de ziekenhuizen onnodig en op een ondoeltreffende wijze doet stijgen. Het ligt voor de hand dat de netten interfaces tot stand zullen kunnen brengen met andere soorten van netten, niet alleen van de eerste lijn, maar op het niveau van de dringende medische hulpverlening, van de geestelijke gezondheidszorg, van de geïntegreerde chronische zorg enzovoort.

Concernant les missions de soins locorégionales, le but est également de financer les fonctions, les équipements lourds, etc., au niveau du réseau à l'avenir, et plus au niveau d'un hôpital individuel. On entend ainsi stimuler une bonne collaboration au niveau du réseau (pas de réseau signifie également pas de financement).

Un réseau clinique d'hôpitaux couvre une population de 400 000 à 500 000 patients. En tout, il y aura au maximum 25 réseaux pour l'ensemble du territoire. La population du réseau sera déterminée sur la base d'une combinaison d'éléments démographiques et de flux de patients réels objectivés dans les hôpitaux appartenant au réseau. Cela explique pourquoi un réseau peut empiéter partiellement sur un autre. Un réseau peut être composé d'hôpitaux situés dans différentes entités fédérées.

Chaque réseau d'hôpitaux est géographiquement contigu au niveau interne en ce qui concerne les fonctions de soins générales et spécialisées. Les réseaux peuvent certes se chevaucher, mais doivent toujours être géographiquement contigus. La définition actuelle de l'hôpital est abandonnée: l'hôpital existe mais est considéré comme une composante d'un réseau.

Pour les fonctions universitaires et de référence (moins de 25 dans le pays; le nombre varie selon la fonction), on travaillera à un niveau supérieur à celui du réseau. Un réseau entier négociera avec un point de référence dans un autre réseau, et ce, par fonction. Ces réseaux ne sont pas nécessairement contigus sur le plan géographique.

Les fonctions seront programmées. L'idée est d'inclure davantage de fonctions (non programmées à l'heure actuelle) au sein d'une programmation et d'évoluer, tant pour les fonctions déjà programmées à l'heure actuelle que pour d'autres fonctions non encore programmées, vers un moins grand nombre de fonctions et de sites.

La programmation s'opérera par réseau. Toutefois, il sera veillé à ce que la fragmentation de l'activité sur un nombre trop important de sites soit évitée, voire qu'elle soit rendue impossible, car c'est exactement cette fragmentation qui augmente inutilement et de façon inefficace les coûts de fonctionnement et d'exploitation des hôpitaux. Il va de soi que les réseaux seront en mesure de réaliser des interfaces avec d'autres types de réseaux, non pas seulement de la première ligne, mais au niveau de l'aide médicale urgente, de la santé mentale, de soins chroniques intégrés, etc.

Er werd niet geraakt aan het budget van de rubriek B8 van de BFM.

6. Niet-planbare zorg

6.1. *Dringende geneeskundige hulpverlening*

De 12 miljoen euro die in het budget 2016 werd opgenomen, heeft de minister kunnen heroriënteren binnen haar eigen budget voor de dringende geneeskundige hulpverlening. Het is toegewezen aan de permanentievergoeding die elke ambulancedienst ontvangt die ingezet wordt in het wettelijk stelsel van de dringende geneeskundige hulpverlening. Op die wijze heeft de minister die permanentievergoeding globaal op substantiële wijze kunnen verhogen van 6 naar 18 miljoen euro.

Er is de laatste jaren een zeer grote ongerustheid over het voortbestaan van het systeem van de dringende geneeskundige hulpverlening, onder andere door een structureel sterk onvoldoende financiering. Deze structurele onderfinanciering heeft ten eerste een direct gevolg voor de ambulancediensten zelf: zonder verandering van het huidige beleid zullen de verschillende ambulancediensten er een voor een mee ophouden. Ten tweede, leidt het ook tot een verminderde invloed van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu binnen de sector.

Vanuit de ambulancediensten werden er in het verleden reeds meermaals vragen gesteld om de betoelaging te verhogen en het deficitair karakter ervan te milderen. Er werd dan ook in het regeerakkoord geschreven dat de organisatie, de tarifiering en de terugbetaling van het vervoer voor dringende geneeskundige hulpverlening wordt geëvalueerd en geactualiseerd. De hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening past ook in het kader van de hervorming van de veiligheidsdiensten. Na de politie en de brandweer moet ook de dringende geneeskundige hulpverlening aangepast worden aan de nieuwe veiligheidsnoden van onze huidige samenleving, en daarvoor is een realistische financiering noodzakelijk.

De minister plant in 2017 de volgende acties:

- het wettelijk invoeren van de *Service Level Agreement* (SLA) die inhoudt dat er in 90 % van alle gevallen een maximaal therapievrij interval is van minder dan 15 minuten;
- het invoeren van een dynamische programmeringstool in tijd en plaats;
- het verder verbeteren van de financiering (in zoverre het budget dit toelaat);

Il n'a pas été touché au budget de la rubrique B8 du BFM.

6. Soins non planifiables

6.1. *Soins médicaux urgents*

La ministre a pu réorienter les 12 millions d'euros repris au budget 2016 vers les soins médicaux urgents, réaffectant ainsi ce montant à l'intérieur de son propre budget. Ce montant sera affecté à l'indemnité de permanence que perçoit chaque service ambulancier déployé dans le cadre du régime légal de l'aide médicale urgente. La ministre a pu ainsi augmenter substantiellement l'enveloppe consacrée à cette indemnité de permanence, qui passe de 6 à 18 millions d'euros.

On note depuis quelques années une grande inquiétude à propos de la pérennité du système de l'aide médicale urgente, entre autres en raison d'un financement structurel nettement insuffisant. Ce sous-financement structurel a, premièrement, un impact direct sur les services ambulanciers eux-mêmes: sans changement dans la politique actuelle, les différents services ambulanciers cesseraient leurs activités les uns après les autres. Deuxièmement, ce sous-financement entraîne une diminution de l'influence du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement au sein du secteur.

Par le passé, les services de médecine ambulatoire ont déjà réclamé à plusieurs reprises une augmentation des subventions pour atténuer leur caractère déficitaire. Il a donc été prévu, dans l'accord de gouvernement, que l'organisation, la tarification et le remboursement du transport dans le cadre de l'aide médicale urgente seraient évalués et actualisés. La réforme de l'aide médicale urgente s'inscrit dans le cadre de la réforme des services de sécurité. Après la police et les services d'incendie, l'aide médicale urgente doit, elle aussi, être adaptée aux nouveaux besoins en matière de sécurité de notre société, et il convient de prévoir un financement réaliste à cette fin.

La ministre planifie les actions suivantes en 2017:

- l'instauration dans la loi du *Service Level Agreement* (SLA), selon lequel un intervalle non thérapeutique maximal de 15 minutes doit s'écouler dans 90 % des cas;
- l'introduction d'un outil de programmation dynamique dans le temps et l'espace;
- la poursuite de l'amélioration du financement (pour autant que le budget le permette);

de harmonisatie van de uiterlijke kenmerken van de middelen (ambulance, PIT en MUG) (binnen het kader van terreur).

6.2. *Niet-dringende geneeskundige hulpverlening*

De audit van de huisartsenwachtposten ging van start in april 2016. De financiële analyse werd afgerond in september 2016. De werkzaamheden werden begeleid vanuit het RIZIV en de beleidscel van de minister. Momenteel worden de focusgroepen afgerond die met de stakeholders (huisartskringen) rond de ideale wachtpost georganiseerd werden.

Blijft dan over dat de auditeur zijn aanbevelingen formuleert in functie van de optimalisatie van de organisatie en de financiering van de huisartswachtposten. De eindresultaten van de audit zullen bekend zijn eind 2016. Deze resultaten vormen dan een basis voor een vernieuwd financieringskader dat operationeel zal worden in de loop van 2017.

Uit de voorlopige resultaten blijkt dat de wachtposten onderverdeeld kunnen worden in kleine (minder dan 5000 contacten per jaar), middelgrote (5000 tot 10 000) en grote entiteiten (meer dan 10 000). Tussen de verschillende categorieën zijn er duidelijke verschillen. Schaalvoordelen zijn duidelijk te realiseren gezien wachtposten die een kritische massa aan contacten bereiken doorgaans veel efficiënter werken dan de andere op het gebied van coördinatie, administratie en vervoer. Binnen de onderscheiden groepen zijn er ook grote verschillen, waarbij sommige wachtposten zeer efficiënt blijken te werken en andere weer niet.

De minister is niet vooringenomen inzake de uitbreiding van de activiteiten van de wachtposten voor algemene geneeskunde tot een activiteit in de week. Eerst zal men het echter moeten eens worden over een eenvormig en voor iedereen verstaanbaar conceptueel en organisatorisch kader. Het is niet wenselijk dat die initiatieven zich op dezelfde wijze ontwikkelen als de wachtposten in het verleden, dat wil zeggen zonder dat vooraf een welomschreven kader is bepaald. Een en ander wordt thans besproken in de werkgroep “wachtposten” van het RIZIV.

l'harmonisation des caractéristiques extérieures des véhicules (ambulance, PIT et SMUR) (dans le cadre du terrorisme).

6.2. *Aide médicale non urgente*

L'audit des postes de garde des médecins généralistes a débuté en avril 2016. L'analyse financière s'est clôturée en septembre 2016. Les travaux étaient encadrés par l'INAMI et par la cellule stratégique de la ministre. Actuellement, les focus-groups organisés avec les parties prenantes (cercles de médecins généralistes) au sujet des postes de garde idéaux sont en cours de finalisation.

Il ne reste plus à l'auditeur qu'à formuler ses recommandations, en fonction de l'optimisation de l'organisation et du financement des postes de garde des médecins généralistes. Les résultats finaux de l'audit seront connus fin 2016. Ces résultats constitueront alors la base du cadre de financement renouvelé, qui sera opérationnel dans le courant de 2017.

Il ressort des résultats provisoires que les postes de garde peuvent se subdiviser en petites (moins de 5 000 contacts par an), moyennes (de 5 000 à 10 000) et grandes entités (plus de 10 000). Il existe des différences notables entre les différentes catégories. Des économies d'échelle peuvent clairement être réalisées, étant donné que les postes de garde qui atteignent une masse critique de contacts fonctionnent généralement beaucoup plus efficacement que les autres en termes de coordination, d'administration et de transport. D'importantes différences sont également observées au sein des différents groupes, certains postes de garde travaillant de manière très efficace, d'autres non.

La ministre n'a pas *a priori* en ce qui concerne l'élargissement de l'activité des postes de garde médecine générale à une activité en semaine. Cependant, il faudra d'abord convenir d'un cadre conceptuel et organisationnel uniforme et lisible pour tous. Il n'est pas souhaitable que ces initiatives se développent de la même façon que les postes de garde dans le passé, c'est-à-dire sans cadre bien défini au préalable. Le sujet est discuté pour l'instant dans le groupe de travail “postes de garde” au sein de l'INAMI.

7. e-Gezondheid

7.1. *Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en Personal Health Record (PHR)*

7.1.1. *EPD in de ziekenhuizen*

De 40 miljoen euro die werd vrijgemaakt in 2016 is niet geraakt door de besparingen. Er is dus ook geen reden waarom ziekenhuizen hun investeringen zouden vertragen.

Het voorziene financieringsplan is zo dat naarmate de tijd vordert er meer en meer wordt gefinancierd voor gebruik, en niet meer enkel voor het hebben van een EPD plan of beschikken van een EPD.

Praktisch alle ziekenhuizen hebben een keuze gemaakt en hebben reeds validatie van hun implementatieplan ontvangen. Minder dan vijf ziekenhuizen moeten hun keuze nog maken.

7.1.2. *PHR en toegang van de patiënt tot zijn gegevens*

De door de minister vermelde problemen zijn versplintering en decentralisatie. Elke zorgverstrekker, zowel in eerste als in tweede lijn, heeft een eigen patiëntendossier. Steeds meer zorgverstrekkers en instelling geven wel toegang aan de patiënt tot hun gegevens. Dit gebeurt dus door middel van verschillende toegangen, kanalen en applicaties.

Het initiatief van de minister bestaat er in om alle informatie samen te brengen en te consolideren. Dit neemt echter tijd in beslag. De minister wenst tevens de opportuniteit te nemen om de wilsbeschikking en orgaandonatie mee te nemen. In eerste instantie wordt de toegang tot het geheel van portalen en kanalen gecentraliseerd zodanig dat er nog een toegang is voor de patiënt tot zijn gegevens.

7.1.3. *Patiëntenrechtenwet*

In het kader van de realisatie rond het initiatief "toegang tot de gegevens van de patiënt" dient de wet rond de rechten van de patiënt te worden aangepast.

De volgende wijzigingen zullen moeten worden doorgevoerd. Het concept van rechtstreekse elektronische toegang moet expliciet opgenomen worden. Het concept van therapeutische exceptie dient herbekeken te worden. Het concept derdeninformatie dient eveneens te worden herbeschouwd. De automatische vertraging van

7. e-Santé

7.1. *Dossier patient informatisé (DPI) et personal health record (PHR)*

7.1.1. *DPI dans les hôpitaux*

Les 40 millions d'euros dégagés en 2016 n'ont pas été touchés par les économies. Aucune raison ne justifie dès lors un ralentissement éventuel des investissements de la part des hôpitaux.

Le plan de financement prévu est constitué de telle sorte qu'avec le temps, on financera de plus en plus l'utilisation des DPI, et non plus uniquement la création de plans DPI ou le fait d'avoir un DPI.

Pratiquement tous les hôpitaux ont opéré un choix et ont déjà reçu la validation de leur plan d'implémentation. Moins de cinq hôpitaux doivent encore choisir.

7.1.2. *PHR et l'accès du patient à ses données*

Les problèmes mentionnés par la ministre sont le morcellement et la décentralisation. Chaque dispensateur de soins, qu'il soit en première ou en deuxième ligne, dispose d'un dossier patient qui lui est propre. De plus en plus de dispensateurs de soins et d'établissements permettent aux patients d'accéder à leurs données. Pour ce faire, les patients passent par différents accès, canaux et applications.

L'initiative de la ministre consiste à rassembler et à consolider toutes les informations. Cela prend toutefois du temps. La ministre souhaite également profiter de l'occasion pour inclure les informations relatives au don d'organe et la déclaration de fin de vie dans ce dossier. Dans un premier temps, l'accès à l'ensemble des portails et des canaux sera centralisé, de telle sorte qu'il n'existera qu'un point d'accès unique permettant au patient de consulter ses données.

7.1.3. *Loi sur les droits du patient*

La loi sur les droits du patient doit être adaptée afin de pouvoir réaliser l'objectif relatif à l'accès aux données du patient.

Les modifications suivantes devront être apportées. La notion d'accès électronique direct doit être reprise explicitement. Le concept de l'exception thérapeutique doit être repensé. Le concept d'informations de tiers doit, lui aussi, être reconsidéré. Le ralentissement automatique de l'accès électronique (maximum deux

elektronische toegang bij gevoelige dossiers (maximaal twee weken) kan ingeschreven worden. De minister beoogt de finalisatie van de wetwijziging tegen eind 2017.

7.1.4. Gezondheidsactoren en mogelijkheden in eGezondheid

De opleiding voor zorgverstrekkers behoort tot het activiteitenpakket van de deelstaten. Vanuit de federale overheden wordt dit ondersteund door een jaarlijks budget van 1 miljoen euro vanuit RIZIV. Er is een vaste verdeelsleutel tussen de deelstaten. Ze moeten een project indienen om aanspraak te kunnen maken. Dit gebeurt steeds in cofinanciering.

Daarnaast is er een *e-learning* platform dat gebruikt gaat worden voor eGezondheid, zowel voor professionals als voor de burger. Naar de burger zijn er “*Just in time*” informatiecampagnes zoals bijvoorbeeld voor de “*informed consent*”.

7.2. HealthData.be en big data

Big data is vandaag veel meer dan gestructureerde gegevens in een datawarehouse. Het gaat ook over ongestructureerde gegevens in documenten, maar ook over bronnen zoals bijvoorbeeld sociale media en de cloud. Het gaat ook over het gereguleerd en gecontroleerd samenvoegen van open data met geanonimiseerde private gezondheidsgegevens.

Een beleid rond big data mag niet enkel gericht zijn op de overheid die door middel van dit beleid een aantal van haar taken met betrekking tot gezondheidszorg beter kan uitvoeren, maar ook over het ter beschikking stellen van deze data aan andere actoren ten behoeve van een betere gezondheidszorg, wetenschappelijk onderzoek, *clinical trials*, enz.

Beleidsmatig gaat het dus niet over het beheren en analyseren van de massa gegevens door de overheid, maar over gegevensontsluiting vanuit een veelheid van bronnen naar een veelheid van actoren. De minister hanteert een visie door middel van een ontsluiting van de gegevens in de verschillende bronnen. Zij is geen voorstander van een centrale databank. De governance zou door een “*central governance*”-orgaan gebeuren en de ontsluiting door middel van een “*trusted third party*”.

De minister werkt momenteel samen met alle betrokkenen aan de uitwerking van een beleidskader. Zij houdt daarbij ook rekening met de resultaten van de besprekingen in het adviescomité voor technologische en wetenschappelijke vraagstukken.

semaines) peut être retenu pour les dossiers sensibles. La ministre espère finaliser les modifications d’ici la fin 2017.

7.1.4. Les acteurs de la santé et possibilités offertes par l’eSanté

La formation des prestataires de soins relève de la compétence des entités fédérées. L’autorité fédérale soutient ces activités en allouant un budget annuel d’1 million d’euros provenant de l’INAMI. Il existe une clé de répartition fixe entre les entités fédérées. Elles doivent introduire un projet pour pouvoir prétendre au budget. Il s’agit toujours d’un cofinancement.

Il existe par ailleurs une plateforme *e-learning*, qui sera utilisée pour l’eSanté tant par les professionnels que par les citoyens. En ce qui concerne le citoyen, des campagnes d’information juste à temps comme, par exemple, pour le consentement donné en connaissance de cause, sont organisées.

7.2. HealthData.be et big data

À l’heure actuelle, les big data sont bien plus que des données structurées dans une datawarehouse. Il s’agit aussi de données non structurées dans des documents, mais aussi de sources comme par exemple les médias sociaux et le cloud. Il s’agit aussi de la combinaison régulée et contrôlée d’open data avec des données de santé privées rendues anonymes.

Une politique en matière de big data ne peut pas être uniquement axée sur les autorités qui, au moyen de cette politique, peuvent faire exécuter plus efficacement certaines de leurs tâches en matière de soins de santé, mais aussi sur la mise à la disposition d’autres acteurs de ces données à des fins d’amélioration des soins de santé, de recherches scientifiques, d’essais cliniques, etc.

D’un point de vue politique, il ne s’agit donc pas de la gestion et de l’analyse des données de masse par les autorités, mais de l’ouverture de l’accès à des données provenant d’une multitude de sources à l’intention d’une multitude d’acteurs. La ministre est favorable à une ouverture de l’accès aux données dans les différentes sources. Elle n’est pas partisane d’une banque de données centrale. La gouvernance serait assurée par un organe de “*gouvernance centrale*” et l’ouverture de l’accès, par un “*tiers de confiance*”.

La ministre collabore actuellement avec tous les intéressés à l’élaboration d’un cadre politique. À cet égard, elle tient également compte des résultats des discussions au sein du comité d’avis des questions technologiques et scientifiques.

7.3. *mHealth*

In juni 2016 heeft het verzekeringscomité van de RIZIV zijn goedkeuring gegeven aan het principe van proefprojecten mobile health in een context van artikel 56 van de RIZIV-wet. De vijf domeinen werden nog uitgebreid met een extra domein varia om bijvoorbeeld oncologie of *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD) niet uit te sluiten.

Eind juni 2016 werd de oproep gelanceerd met als deadline 30 september 2016. In oktober 2016 werden de projecten geëvalueerd door een selectiecomité bestaande uit het RIZIV, de FOD, het eHealth platform en het FAGG. Het kabinet van de minister heeft de werkzaamheden als waarnemer gevolgd. De geselecteerde projecten werden begin november 2016 uitgenodigd voor een *pitching* (een presentatie en vragen).

Op 14 november 2016 gebeurde de deliberatie, steeds door hetzelfde selectiecomité. Dit werd opgevolgd door een stuurgroep specifiek voor het actiepunt 19, bestaande uit dezelfde organisaties als het selectiecomité. Vervolgens zal een infosessie georganiseerd worden voor de geselecteerde proefprojecten. In december 2016 wordt het resultaat van de selectieprocedure op het verzekeringscomité gebracht. In december 2016 en in januari 2017 worden de artikel 56-contracten met de pilootprojecten ondertekend.

De pilootprojecten lopen gedurende zes maanden en worden intensief opgevolgd door het RIZIV, het FAGG en het eHealth-platform, elk op basis van hun respectievelijke verantwoordelijkheden. Er zijn 95 projecten correct ingediend, een aantal waren te laat en drie hadden een foutief email adres gebruikt voor de indiening. Om procedureproblemen te vermijden werden de drie met foutief email adres toch niet onontvankelijk verklaard, zodat er 98 aanvaarde indieningen waren. De uiteindelijke selectie is 24 proefprojecten, in verschillende domeinen.

8. Geneesmiddelen

8.1. *Wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (wet klinische proeven)*

Naar aanleiding van de inwerkingtreding van verordening (EU) nr. 536/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 16 april 2014 betreffende klinische proeven in 2018, wordt de nationale wetgeving aangepast en worden de noodzakelijke nationale maatregelen vastgesteld.

De nieuwe omkadering dient te gebeuren in het huidige budgettair kader, en dus op basis van de fees

7.3. *mHealth*

En juin 2016, le comité de l'assurance de l'INAMI a approuvé le principe de projets- pilotes de mobile health dans le contexte de l'article 56 de la loi INAMI. Les cinq domaines ont été encore élargis à un domaine 'divers' supplémentaire pour ne pas exclure par exemple l'oncologie ou la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Fin 2016, l'appel a été lancé, avec comme date butoir le 30 septembre 2016. En octobre 2016, les projets ont été évalués par un comité de sélection composé de l'INAMI, du SFP, de la plate-forme eHealth et de l'AFMPS. Le cabinet de la ministre a suivi les travaux en tant qu'observateur. Les auteurs des projets sélectionnés ont été invités début novembre 2016 à un *pitching* (présentation et questions).

La délibération a eu lieu le 14 novembre 2016, toujours par le même comité de sélection. Celle-ci a été suivie d'un groupe de pilotage spécifiquement pour le point d'action 19, composé des mêmes organisations que le comité de sélection. Ensuite, une séance d'information sera organisée pour les projets-pilotes sélectionnés. En décembre 2016, le résultat de la procédure de sélection sera communiqué au comité de l'assurance. En décembre 2016 et en janvier 2017, les contrats article 56 seront signés avec les projets-pilotes.

Les projets pilotes ont une durée de six mois et font l'objet d'un suivi intensif par l'INAMI, l'AFMPS et la eHealth-platform, chacun sur la base de leurs responsabilités respectives. 95 projets ont été introduits correctement, certains l'ont été trop tard et trois ont été envoyés à une adresse mail erronée. En vue d'éviter des problèmes de procédure, les trois projets envoyés à une mauvaise adresse n'ont tout de même pas été déclarés irrecevables, de sorte que 98 dépôts ont été acceptés. La sélection finale comprend 24 projets pilotes, dans différents domaines.

8. Médicaments

8.1. *Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (loi sur les essais cliniques)*

Suite à l'entrée en vigueur du règlement (UE) n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 concernant les essais cliniques en 2018, la législation nationale sera adaptée et les mesures nationales nécessaires fixées.

Le nouvel encadrement doit avoir lieu dans le cadre budgétaire actuel, et donc sur la base des fees payés

die de firma's daarvoor betalen. Wel zal er een betere administratieve omkadering zijn door een ondersteuning van het College dat binnen de FOD wordt opgericht. Daarvoor wordt in een beperkt budget voorzien, dat wordt gefinancierd vanuit de besparingen in het kader van het Farmapact.

Met betrekking tot het initiatief inzake *clinical trials*, betreft het in een eerste fase een omzetting van de voornoemde Europese verordening. In een tweede fase zal de focus liggen op het versterken van de positie in de *clinical trials*. Immers, *clinical trials* zorgen voor een zeer vroege toegang tot innovatieve behandelingen. De focus zal liggen op een meer efficiënte evaluatie van klinische proeven, zonder daarvoor budgettaire impact.

In het tot stand komen van het nieuwe kader was er vooral een betrokkenheid van de academici en ziekenhuizen. De rol in het tot stand komen van het kader van de farmaceutische industrie was miniem.

De samenstelling van het College binnen de FOD is nog niet gefinaliseerd. De vereiste ervaring van de leden omvat vooral kwaliteitsbeheer en/of klinisch onderzoek. De profielen van ziekenhuisdirecteur, hoofdgeneesheer, voorzitter van de Medische raad van een ziekenhuis, hoofd van de verpleegafdeling van een ziekenhuis, lid van een Ethisch comité, personeel van het FAGG, hebben tot gevolg dat ze geen leden van het College kunnen zijn.

8.2. Medische hulpmiddelen en implantaten

Er zijn geen verschuivingen in het budget inzake medische hulpmiddelen en implantaten. Wel is het zo dat een analyse zal gebeuren om een onderscheid in budgettaire termen te maken tussen wat besteed wordt aan medische hulpmiddelen enerzijds en anderzijds implantaten om meer transparantie te creëren en het budget te optimaliseren door middel van een responsabilisering van de verschillende actoren volgens een meerjarenaanpak.

Tot uitvoering van het pact is er een transfer van 500 000 euro van het FAGG naar het RIZIV voor het aanwerven van human resources om het pact te kunnen uitvoeren.

8.3. Bloed, weefsels en menselijk lichaamsmateriaal

Bij bloeddonaties moeten de patiënten de zekerheid hebben dat zij veilig bloed krijgen. De gezondheid en de veiligheid blijven de absolute prioriteit.

par les firmes en la matière. Il y aura cependant une amélioration de l'encadrement administratif grâce au soutien du Collège créé au sein du SPF. Un budget restreint est prévu à cet effet; il sera financé par les économies réalisées dans le cadre du pacte Pharma.

En ce qui concerne l'initiative en matière de *clinical trials*, il s'agit, dans une première phase, de la transposition du règlement européen précité. Dans une deuxième phase, l'accent sera mis sur le renforcement de la position en matière de *clinical trials*. En effet, les *clinical trials* permettent un accès très précoce à des traitements innovants. L'accent sera mis sur une évaluation plus efficace des essais cliniques, sans le moindre impact budgétaire.

Ce sont surtout les universitaires et les hôpitaux qui ont été associés à l'élaboration du nouveau cadre. Le rôle de l'industrie pharmaceutique a été minime en la matière.

La composition du Collège créé au sein du SPF n'a pas encore été finalisée. L'expérience requise des membres inclut surtout une gestion de la qualité et/ou des recherches cliniques. Les profils de directeur d'hôpital, de médecin en chef, de président du Conseil médical d'un hôpital, de chef du département infirmier d'un hôpital, de membre d'un Comité d'éthique et de membre du personnel de l'AFMPS ne leur permettent pas d'être membres du Collège.

8.2. Dispositifs médicaux et implants

Aucun glissement n'est prévu dans le budget relatif aux dispositifs médicaux et aux implants. Une analyse sera toutefois réalisée afin de distinguer, en termes budgétaires, les moyens qui seront affectés aux dispositifs médicaux, d'une part, et aux implants, d'autre part, l'objectif étant de renforcer la transparence et d'optimiser le budget en responsabilisant les différents acteurs dans le cadre d'une approche pluriannuelle.

En exécution du pacte, un transfert de 500 000 euros est prévu de l'AFMPS vers l'INAMI en vue du recrutement de human resources pour la mise en œuvre du pacte.

8.3. Sang, tissus et matériel corporel humain

En ce qui concerne les dons de sang, les patients doivent avoir la certitude qu'ils reçoivent du sang sûr. La santé et la sécurité restent la priorité absolue.

Niettemin stelt de minister voor de wet aan te passen. Mensen met een risicogedrag zullen voortaan weliswaar worden uitgesloten, doch voor een welbepaalde duur. Tot dusver waren mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen in België uitgesloten van bloed-donaties. De duur van de uitsluiting zal van het risico-gedrag afhangen.

Wetenschappelijke onderzoeken hebben aangetoond dat het risico hiv-positief te zijn significant hoger ligt bij mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen dan bij heteroseksuele mannen. Bij mannen die met mannen seks hebben, bedraagt het risico 1 op 20. Bij heteroseksuele mannen belooft het risico 1 op 5 000.

De minister stelt voor dat mannen die seksuele betrekkingen hebben met mannen, hun bloed zullen mogen doneren op voorwaarde dat zij zich twaalf maanden lang hebben onthouden van seks met een man. België stemt zich af op andere landen zoals Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. Het is belangrijk rekening te houden met de evolutie van de wetenschap en met de burgers die op verantwoorde wijze bloed willen doneren om aldus een kostbare bijdrage te leveren tot de samenleving.

De minister heeft rekening gehouden met de rechtspraak van de Europese rechtscollèges en met het advies van de Hoge Gezondheidsraad. Zij heeft uitvoerig overleg gepleegd met wetenschappers, bloedbanken, hoogleraren in de ethiek en de sociologie alsook met verschillende vertegenwoordigers van homobewegingen. De bloedbanken zullen de kandidaat-donoren correct voorlichten met de striktst mogelijke inachtneming van de persoonlijke levenssfeer.

Deze eerste stap is zeer belangrijk. De minister verbindt zich ertoe in de toekomst de periode in te korten indien de wetenschappelijke bewijzen het toestaan.

8.4. Samenwerking op internationaal vlak met betrekking tot de geneesmiddelen

De minister wenst met enkele Europese landen samen te werken inzake de terugbetaling van weesgeneesmiddelen. Deze samenwerking betreft de Benelux en Oostenrijk. Over welke geneesmiddelen het precies gaat, kan de minister niet vermelden, gezien het strikt confidentiële karakter van de onderhandelingen. In het algemeen betreft het geneesmiddelen die een hoge kost per patiënt hebben en/of een zeer significante impact hebben op het budget van de ziekteverzekering. Momenteel zijn er meerdere dossier lopende die betrekking hebben op gezamenlijke *health technology assessments*.

La ministre propose toutefois d'adapter la loi. Les personnes présentant un comportement à risque seront désormais exclues mais pour une durée déterminée. Jusqu'ici, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes étaient exclus à vie du don de sang en Belgique. La durée de l'exclusion dépendra du comportement à risque.

Des études scientifiques ont démontré que le risque d'être HIV positif est significativement plus élevé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, par rapport aux hommes hétérosexuels. Quand il s'agit des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, le risque est de 1 sur 20. Chez les hommes hétérosexuels, le risque est de 1 sur 5 000.

La proposition de la ministre est qu'à l'avenir, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes pourront donner leur sang à condition de s'être abstenus de tout rapport sexuel avec un homme pendant douze mois. La Belgique s'aligne sur d'autres pays comme la France, le Royaume-Uni et les États-Unis. Il est important de tenir compte de l'évolution de la science et des citoyens souhaitant donner du sang de manière responsable pour ainsi apporter une contribution précieuse à la société.

La ministre a tenu compte de la jurisprudence des juridictions européennes et de l'avis du Conseil Supérieur de la Santé. Elle s'est largement concertée avec les scientifiques, les établissements sanguins, les professeurs d'éthique et de sociologie ainsi qu'avec différents représentants des mouvements homosexuels. Les établissements sanguins informeront correctement les candidats donneurs de sang dans le plus grand respect de la vie privée.

Ce premier pas est très important. La ministre s'engage dans le futur à raccourcir la période si les preuves scientifiques le permettent.

8.4. Collaboration internationale concernant les médicaments

La ministre souhaite coopérer avec plusieurs pays européens dans le cadre du remboursement des médicaments orphelins. Cette collaboration concernera le Benelux et l'Autriche. Eu égard au caractère strictement confidentiel des négociations, la ministre ne peut pas préciser de quels médicaments il s'agit. Ce sont de manière générale des médicaments qui ont un coût élevé par patient et/ou qui ont un impact très significatif sur le budget de l'assurance maladie. Plusieurs dossiers afférents à des *health technology assessments* conjoints sont actuellement en cours.

9. Crisismanagement

9.1. *Terreur*

9.1.1. *Maxi-MIP*

In het geval van grootschalige incidenten die de responscapaciteit van het MIP overstijgt of in geval van multi-site incidenten, zal het Maxi-MIP geactiveerd worden, waarbij de medische hulpverlening in drie golven georganiseerd wordt:

- eerste golf, de middelen van het MIP (5 ambulances en 2 MUG's);
- tweede golf, de middelen uit de omliggende provincies;
- derde golf, de logistieke middelen van het Rode Kruis.

Een eerste workshop rond het Maxi-MIP werd gehouden op 1 maart 2016. De resultaten hiervan werden verspreid onder de alarmcentrales. Dat was dus enkele weken voor de aanslagen van 22 maart 2016. Een tweede workshop werd gehouden op 16 juni 2016 voor de verdere verfijning van het Maxi-MIP, ook in het licht van de ervaring van 22 maart. Op 12 oktober 2016 werd het Maxi-MIP voorgelegd aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening, waar het plan werd gevalideerd.

Het Maxi-MIP werd verstuurd naar de Provinciale Commissie Dringende Geneeskundige Hulpverlening en naar Binnenlandse Zaken ter operationalisering van de plannen in de provincies (afspraken van de rendez-vous-punten, overleg met andere disciplines, enz.). De validatie door internationale experts zal tijdens een workshop medio januari 2017 plaatsvinden. Daarna zal het Maxi-MIP worden bekendgemaakt.

9.1.2. *Begrotingsimpact*

Na de aanslagen in Parijs had de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu al de bestaande zwakke punten van het systeem voor dringende medische hulp bepaald en verbeteringstrajecten voorgesteld. De tenuitvoerlegging daarvan is trouwens onmiddellijk van start gegaan (bijvoorbeeld het medisch interventieplan "Maxi-MIP"). De tekortkomingen werden opnieuw bevestigd tijdens de gebeurtenissen van 22 maart 2016, zelfs al is die dag de medische hulpverlening, mede dankzij het Maxi-MIP-plan, zeer vlot verlopen.

9. Gestion de la crise

9.1. *Terrorisme*

9.1.1. *Maxi-PIM*

Le Maxi-PIM sera activé si des incidents à grande échelle dépassant la capacité d'absorption du PIM se produisent, ou encore en cas d'incidents multisite. Dans ce cadre, l'aide médicale sera organisée en trois vagues:

- première vague: les moyens du PIM (5 ambulances et 2 SMUR);
- deuxième vague: la réquisition des moyens des provinces environnantes;
- troisième vague: les moyens logistiques de la Croix-Rouge.

Un premier atelier consacré au Maxi-PIM a été organisé le 1^{er} mars 2016. Ses résultats ont été distribués aux centrales d'alarme. Cela s'est donc passé quelques semaines avant les attentats du 22 mars 2016. Un deuxième atelier s'est tenu le 16 juin 2016 pour affiner encore le Maxi-PIM, à la lumière notamment de l'expérience du 22 mars. Le 12 octobre 2016, le Maxi-PIM a été soumis au Conseil national de l'aide médicale urgente, qui a validé le plan.

Le Maxi-PIM a été envoyé aux Commissions provinciales de l'aide médicale urgente et à l'Intérieur en vue de l'opérationnalisation des plans dans les provinces (détermination des points de rendez-vous, concertation avec les autres disciplines, etc.). La validation par des experts internationaux aura lieu à la mi-janvier 2017 dans le cadre d'un atelier. Le maxi-PIM sera alors publié.

9.1.2. *Impact budgétaire*

Après les attentats de Paris, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement avait déjà identifié les points faibles existants du système d'aide médicale urgente et avait proposé des trajets d'amélioration. La mise en œuvre de ceux-ci a d'ailleurs immédiatement démarré (par exemple le plan d'intervention médicale Maxi-PIM). Les déficiences ont à nouveau été confirmées lors des événements du 22 mars 2016, même si ce jour-là, l'aide médicale s'est très bien déroulée, en partie grâce au plan Maxi-PIM.

De volgende maatregelen zijn aangenomen in het kader van de 400 miljoen euro die de overheid had vrijgemaakt, waarvan 14,2 miljoen euro voor de volksgezondheid bij de strijd tegen het terrorisme: de versterking van de operationele capaciteit van de DMH; de analyse van het registratie-instrument van de betrokken partijen; de kennelijke kenmerken van de DMH; de uitrusting van de ambulances; de versterking van de derde golf; de psychosociale bijstand aan de verstrekkers van de medische discipline (D2), alsmede de maatregelen in verband met nucleaire, radiologische, biologische en chemische risico's (NRBC).

9.2. *Nationaal nucleair noodplan*

Voor de nieuwe voorlichtingscampagne is de FOD Binnenlandse Zaken bevoegd; de campagne wordt door die FOD georganiseerd in samenwerking met de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, alsook met het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle. Die voorlichtingscampagne, die in de loop van 2017 zal plaatsvinden, sluit aan bij het nieuwe nucleair plan.

Die campagne is bedoeld om te informeren en om de bevolking te herinneren aan de beschermingsmaatregelen die bij een kernongeval moeten worden genomen, zelfs al blijft het risico op een kernongeval uitermate laag. De informatie ten behoeve van de bevolking over de verdeling van jodiumtabletten zal in die campagne worden opgenomen.

Conform het advies van de Hoge Gezondheidsraad zal het departement van de minister de klemtoon leggen op de bescherming van de schildklier, zulks meer bepaald om bij een kernongeval te voorkomen dat de schildklier de in de radioactieve wolk aanwezige radio-isotopen van het jodium opneemt. Dat onderstelt een snelle toediening van niet-radioactief jodium. Voor mensen die in de buurt van nucleaire sites wonen, is het daarom belangrijk dat zij thuis kaliumjodidetabletten voorhanden hebben.

Op grotere afstand is de verdeling van jodium is vooral nuttig voor de specifieke prioritaire doelgroepen die bijzonder gevoelig of kwetsbaar zijn wegens hun jonge leeftijd. De minister denkt dus in het bijzonder aan kinderen, zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven. Buiten de 20-kilometerzones worden die doelgroepen actief door de hun aanbelangende beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen, gynaecologen, vroedvrouwen enzovoort) aangemoedigd om in de apotheek jodiumtabletten te kopen. Onder de rest van de bevolking vindt alleen een

Les mesures suivantes ont été adoptées dans le cadre des 400 millions d'euros libérés par les pouvoirs publics, dont 14,2 millions d'euros pour la santé publique dans la lutte contre le terrorisme: le renforcement de la capacité opérationnelle de l'AMU; l'analyse de l'outil d'enregistrement des parties concernées; les caractéristiques apparentes de l'AMU; l'équipement des ambulances; le renforcement de la troisième vague; l'assistance psychosociale aux prestataires de la discipline médicale (D2); et les mesures relatives aux risques nucléaires, radiologiques, biologiques et chimiques (NRBC).

9.2. *Plan d'urgence nucléaire national*

La nouvelle campagne d'information relève des compétences du SPF Intérieur et est organisée par ce dernier en collaboration avec le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, et l'Agence Fédérale de Contrôle Nucléaire. Cette campagne d'information, qui se déroulera dans le courant de l'année 2017, s'inscrit dans le cadre du nouveau plan nucléaire.

Cette campagne vise à informer et à rappeler à la population les mesures de protection à prendre lors d'un accident nucléaire, même si le risque d'un accident nucléaire reste extrêmement faible. Les informations à la population concernant la distribution des comprimés d'iode seront intégrées dans cette campagne.

Conformément à l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, le département de la ministre mettra les accents sur la protection de la glande thyroïde et ceci plus précisément en vue de prévenir en cas d'accident nucléaire la captation par la thyroïde des radio-isotopes de l'iode présents dans le nuage radioactif. Cela suppose une administration rapide d'iode non radioactif. C'est pourquoi il est important que les personnes qui habitent à proximité des sites nucléaires possèdent des comprimés d'iodure de potassium à la maison.

À plus grande distance, la distribution d'iode est surtout utile pour les groupes cibles prioritaires spécifiques, particulièrement sensibles ou vulnérables en raison de leur jeune âge. La ministre pense donc en particulier aux enfants, aux femmes enceintes ou allaitantes. En dehors des zones de vingt kilomètres, ces groupes cibles sont encouragés de façon active par les professionnels de la santé qui les concernent (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes, etc.) à se procurer des comprimés d'iode en pharmacie. Concernant le reste de la population, il n'y a qu'une

passieve verdeling plaats op verzoek van de burger zelf. Elke burger die in de apotheek om een doosje jodiumtabletten verzoekt, zal er kosteloos een krijgen.

De campagne beoogt de nodige informatie te verstrekken en vooral te preciseren wie baat heeft bij de inname van kaliumjodidetabletten. Tevens zal worden ingegaan op aspecten zoals de afname van het risico naargelang van de plaats van het ongeval en de leeftijd, de contra-indicaties en de mogelijke bijwerkingen.

9.3. Voedselvergiftigingen

Het is de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid die de Risk Management Group heeft belast met de supervisie over het monitoring- en beheersplan voor de voedsel toxi-infecties. Zo'n plan heeft een aantal voordelen: de vroegtijdige opsporing van gevallen, haarden of golven van voedselvergiftigingen (VTI); een zicht op de incidentie van de ziekten; het aantonen van opduikende van ziekten, met inbegrip van de resistentie die sommige micro-organismen ontwikkelen; de identificatie van de verantwoordelijke voedingsmiddelen en microbiële agentia, alsook de oorzaken van hun aanwezigheid; de evaluatie van de doeltreffendheid van de programma's voor preventie en risicobeheersing die bij de verschillende stappen van de voedselketen zijn ingevoerd en/of die zijn gericht op de consumenten; het beschikken over de gegevens die nodig zijn om de gevaren van sommige pathogene micro-organismen te karakteriseren, en meer bepaald de dosisrespons relatie.

De *Risk Management Group* heeft op haar beurt aan het nationaal referentielabo VTI van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid gevraagd om dit plan concreet uit te werken. Er is onder meer een probleem van onderdiagnosticering en onderrapportage van VTI's. Heel wat overheden zijn betrokken: onder meer ziekenhuizen, huisartsen, scholen, voedingsnijverheid, horeca, FAVV enz. Dit alles maakt een gecoördineerde aanpak noodzakelijk.

10. Gezondheidsbescherming

10.1. Resultaten van de evaluatie van de effecten van de aanpak inzake herformulering van de voedingsmiddelen

Op dit moment wordt de monitoring van de inspanningen van de retail (Comeos) via de zogenaamde "huismerken" en van de voedingsindustrie (FEVIA) voorbereid. Daarbij zal zoveel mogelijk uitgegaan worden van de werkelijke inname, door met name de gegevens met betrekking tot de productsamenstelling die de sectoren

distribution passive, à la demande du citoyen même. Chaque citoyen qui demandera une boîte de comprimés d'iode en pharmacie en recevra une gratuitement.

Le but de la campagne est de fournir l'information et surtout de préciser qui peut bénéficier de l'utilisation des comprimés d'iodure de potassium. Seront également abordés les aspects tels que la diminution de risque en fonction de la distance du lieu de l'accident et de l'âge, les contre-indications et les effets secondaires possibles.

9.3. Intoxications alimentaires

C'est la Conférence interministérielle Santé publique qui a confié la supervision du plan de monitoring et de gestion pour les intoxications alimentaires au Groupe de gestion des risques. Ce plan présente une série d'avantages: la détection précoce des cas, des foyers ou des vagues d'intoxication alimentaire (TIA); une visibilité de l'incidence des maladies; la mise en évidence de maladies émergentes, en ce compris la résistance développée par certains micro-organismes; l'identification des aliments et des agents microbiens responsables, ainsi que des causes de leur présence; l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention et de maîtrise des risques instaurés aux différents stades de la chaîne alimentaire et/ou destinés aux consommateurs; la possession des données nécessaires pour caractériser les dangers de certains micro-organismes pathogènes et, plus particulièrement, les relations dose-réaction.

Le Groupe de gestion des risques a, à son tour, demandé au laboratoire national de référence TIA de l'Institut scientifique de la Santé de mettre concrètement en œuvre ce programme. Un problème se pose notamment en ce qui concerne le sous-diagnostic et le sous-rapportage des TIA. Beaucoup d'autorités sont impliquées: les hôpitaux, les généralistes, les écoles, l'industrie alimentaire, l'horeca, l'AFSCA, etc. Il est par conséquent indispensable de coordonner cette approche.

10. Protection de la santé

10.1. Résultats de l'évaluation des effets de l'approche en matière de reformulation des denrées alimentaires

Le contrôle des efforts du commerce de détail (Comeos) via les "marques de distributeur" et de l'industrie alimentaire (FEVIA) est actuellement en cours de préparation. À cet égard, on se basera autant que possible sur la prise alimentaire réelle en combinant notamment les données relatives à la composition du

aanleveren en gecontroleerd worden door “Nubel”, te combineren met gegevens in verband met het marktaandeel en de resultaten van de voedselconsumptiepeiling.

Die monitoring zal in 2017 enkel betrekking kunnen hebben op de zogenaamde A-merken (geproduceerd door de leden van FEVIA) aangezien hun engagement loopt over de periode 2012 – 2016. In 2018 zal het vervolgens mogelijk zijn de beloftes van Comeos (in de huismerken die, als “volgers” op de markt, tijd krijgen tot eind 2017) te toetsen aan de realiteit.

10.2. Gezonde voeding

Op 21 maart 2016 nam de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid het Protocolakkoord “Preventie” aan. Dat bevat een afdeling over voeding. De ministers besloten daarin een gezamenlijk plan van aanpak voeding-gezondheid op te maken. Het terugdringen van de prevalentie van de zogenaamde voedingsgerelateerde niet-overdraagbare aandoeningen (*food related non-communicable diseases*) zoals diabetes type-2 en een aantal hart- en vaatziekten zal namelijk enkel lukken wanneer men over de bevoegdheidsgrenzen heen samenwerkt. Bovendien moet ook “horizontaal”, bij de leden van de federale regering, gepleit worden voor ondersteunende maatregelen. Het gaat dan onder meer om onderwijs, werk, ruimtelijke ordening, mobiliteit en fiscaliteit.

Bij de Zesde Staatshervorming werden de middelen overgeheveld die betrekking hadden op het voormalige Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan. Sensibilisering rond evenwichtige voeding behoort tot de bevoegdheden van de deelstaten. Zij zijn nog volop bezig deze nieuwe opdrachten uit te werken. In Vlaanderen bijvoorbeeld hoopt men op de Gezondheidsconferentie in december nieuwe gezondheidsdoelstellingen uit te werken, die onder meer over voeding en beweging zullen handelen en setting-gericht zullen zijn, specifiek gericht op de werkomgeving, de school, de RVT's enz. Het Waals Gewest hoopt in januari 2017 de krachtlijnen van een beleid klaar te hebben, en de COCOF volgt nog later.

Het overleg wordt inmiddels wel verankerd, zoals de laatste paragraaf van de afdeling “Voeding” in het Preventieprotocol bepaalt. Maandelijks vindt een inter-federale interkabinettenwerkgroep voeding-gezondheid plaats met vertegenwoordigers van de ministers die in de Interministeriële Conferentie zetelen. Een vertegenwoordiger van de federale minister zit voor. Deze interkabinettenwerkgroep bereidt het gezamenlijk plan van aanpak voor.

produit fournies par le secteur et contrôlées par “Nubel” avec des données relatives à la part de marché et aux résultats de l'enquête de consommation alimentaire.

En 2017, ce contrôle ne pourra concerner que les marques A (produites par les membres de FEVIA) vu que leur engagement porte sur la période 2012 – 2016. En 2018, il sera ensuite possible de confronter les promesses de Comeos (concernant les marques de distributeur qui, en tant que marques “suiveuses”, jusque fin 2017) pour s'adapter à la réalité.

10.2. Alimentation saine

Le 21 mars 2016, la Conférence Interministérielle Santé Publique a adopté le protocole d'accord prévention qui contient une section sur l'alimentation. Les ministres ont décidé d'établir dans ce cadre un plan alimentation-santé conjoint. En effet, on ne parviendra à réduire la prévalence des maladies non transmissibles liées à l'alimentation (*food related non-communicable diseases*) telles que le diabète de type-2 et une série de maladies cardiovasculaires que si on collabore par-delà les sphères de compétences. Il faut également plaider de manière horizontale, auprès des membres du gouvernement fédéral, en faveur de mesures de soutien. Il s'agit notamment, en l'espèce, de l'enseignement, de l'emploi, de l'aménagement du territoire, de la mobilité et de la fiscalité.

La sixième réforme de l'État a entraîné le transfert aux entités fédérées des moyens qui concernaient l'ancien Plan National Nutrition Santé. La sensibilisation à une alimentation équilibrée relève des compétences des entités fédérées qui travaillent encore activement à mettre en œuvre ces nouvelles missions. En Flandre, par exemple, on espère élaborer de nouveaux objectifs sanitaires en décembre lors de la conférence sur la santé. Ces objectifs traiteront notamment de l'alimentation et de l'activité physique et seront axés sur le cadre de vie, et plus spécifiquement sur l'environnement de travail, l'école, les maisons de repos et de soins (MRS), etc. La Région wallonne espère finaliser les lignes de force de la politique en janvier 2017. Quant à la COCOF, il faudra attendre plus longtemps.

Entre-temps, le principe de la concertation est acquis, comme le prévoit le dernier paragraphe de la section “Alimentation” du protocole de prévention. Un groupe de travail interfédéral inter-cabinet se réunit chaque mois avec des représentants des ministres siégeant au sein de la Conférence interministérielle. Ce groupe de travail est présidé par un représentant de la ministre fédérale et prépare le plan conjoint alimentation-santé.

Voor de organisatie en financiering van toekomstige voedselconsumptiepeilingen (VCP) wordt een aparte technische werkgroep opgericht waarbij het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid wordt betrokken (dat de VCP uitvoert). Inzake het aanmoedigen van borstvoeding en evenwichtige voeding voor zuigelingen en kinderen zal men de volgende interkabinettenwerkgroep bekijken hoe de inspanningen in materniteiten en via de agentschappen voor ouders/kinderen (Kind & Gezin, ONE, enz.) beter op elkaar kunnen aansluiten en hoe betrouwbaarder cijfers inzake borstvoeding verzameld kunnen worden. Inmiddels is er op federaal vlak al heel wat beleid in uitvoering, waarvan de deelstaten op de hoogte worden gehouden.

De onafhankelijke monitoring van de resultaten van het convenant “evenwichtige voeding” met distributiesector en voedingsindustrie (Comeos en Fevia) is een prioriteit op federaal niveau. Het gaat daarbij wel degelijk ook om het meten van de eigenlijke inname (van calorieën en macro-nutriënten zoals verzadigde vetzuren enz), niet enkel om het controleren van de aangepaste samenstelling van voedingsproducten. Dat is in dit geval moeilijker dan met het zoutconvenant dat een verlaging van de zoutconsumptie beoogde en waar de analyse van urinestalen voldoende was om de vooruitgang te meten. In het geval van het convenant “evenwichtige voeding” zullen databanken als die van “Nubel”, analyseresultaten van “Nubel” en van het FAVV, en de gegevens uit de voedselconsumptiepeiling gecombineerd moeten worden.

Op basis van de geactualiseerde voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de Voedselconsumptiepeiling van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid zullen de betrokken partijen de grootste prioriteiten identificeren.

Het onderzoeken en desgevallend invoeren van een nutritioneel label op voedingsproducten op de Belgische markt zoals de “traffic lights” in het Verenigde Koninkrijk, die de consument moeten toelaten in een oogopslag een beeld te krijgen van de nutritionele kwaliteit van een product, werd door een resolutie van de Kamer van volksvertegenwoordigers verzocht (DOC 54 1124/006). De administratie stelt een werkmethode op om het overleg met stakeholders, het bekijken van buitenlandse voorbeelden, eventueel bijkomend onderzoek, het bestuderen van de mogelijkheden van de digitalisering enz. voor te bereiden.

Pour l'organisation et le financement des futures enquêtes de consommation alimentaire (ECA), un groupe de travail technique distinct, auquel sera associé l'Institut scientifique de santé publique (qui réalise les ECA), sera mis sur pied. En ce qui concerne la promotion de l'allaitement et d'une alimentation équilibrée pour les nourrissons et les enfants, on examinera, lors de la prochaine réunion de travail inter-cabinet, comment il serait possible de mieux coordonner les efforts dans les maternités et via les agences pour l'enfance (ONE, Kind & Gezin, etc.) et de disposer de statistiques plus fiables en matière d'allaitement. Entre-temps, de nombreuses politiques sont d'ores et déjà menées au niveau fédéral, et les entités fédérées en sont tenues informées.

Le suivi indépendant des résultats de la convention “alimentation équilibrée” avec le secteur de la distribution et de l'industrie alimentaire (Comeos et Fevia) est une priorité au niveau fédéral. Il s'agit non seulement de contrôler le caractère adéquat de la composition des produits alimentaires, mais aussi de mesurer notamment l'absorption effective de substances nutritives (calories, macronutriments tels que les graisses saturées, etc.). Il s'agit donc d'une tâche plus difficile que dans le cas de la “convention sel”, qui visait une baisse de consommation de sel et pour laquelle l'analyse d'échantillons d'urine suffisait pour mesurer d'éventuels progrès. Dans le cas de la convention “alimentation équilibrée”, des banques de données comme celles de “Nubel” et les résultats des analyses de Nubel et de l'AFSCA devront être combinés avec les résultats de l'enquête de consommation alimentaire.

C'est sur la base des recommandations alimentaires actualisées du Conseil supérieur de la santé et de l'enquête de consommation alimentaire de l'Institut scientifique de santé publique que les parties concernées identifieront ensuite les principales priorités dans ce domaine.

Une résolution de la Chambre des représentants (DOC 54 1124/006) demande de s'informer sur un label nutritionnel à apposer sur les denrées alimentaires et, le cas échéant, d'instaurer ce label sur le marché belge à l'instar des traffic lights au Royaume-Uni qui doivent permettre au consommateur de se faire rapidement une idée de la qualité nutritionnelle d'un produit. L'administration est en train de mettre au point une méthode de travail en vue de préparer la concertation avec les parties prenantes, la comparaison avec des exemples à l'étranger, d'éventuelles études complémentaires, l'étude des possibilités offertes par la numérisation, etc.

11. Ziekenfondsen

In het federaal regeerakkoord van 9 oktober 2014 zijn in het hoofdstuk over gezondheidszorg diverse doelstellingen opgenomen die de modernisering van de verzekeringsinstellingen (ziekenfondsen) beogen op vlak van dienstverlening, efficiëntie en goed bestuur.

De verzekeringsinstellingen zijn als medebeheerder van de ziekteverzekering nauw betrokken bij de hervormingen in de gezondheidszorg en de ziekteverzekering die door de minister zijn opgestart in uitvoering van het regeerakkoord. Zij zijn ook medebeheerder van de gezondheidszorgbegroting. Tijdens de looptijd van deze regeerperiode werden budgettaire beslissingen genomen ten belope van 120 miljoen euro structurele besparingen op de administratiekosten van de ziekenfondsen tegen 2018. In het hoofdstuk gezondheidszorg van het regeerakkoord is voorzien dat geëvolueerd zal worden naar meerjarenkaders, waarbij, in overleg met de betrokken actoren, gezamenlijke doelstellingen, zowel inhoudelijk als budgettair, worden afgesproken.

Rekening houdend met alle bovenstaande elementen heeft de minister een initiatief genomen om ook met de verzekeringsinstellingen een oefening te realiseren om te komen tot een meerjarenkader. Dit heeft geresulteerd in het Pact met de Verzekeringsinstellingen.

Met de verzekeringsinstellingen wordt verwezen naar de klassieke ziekenfondsen. De Kas geneeskundige verzorging van HR Rail en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering zijn, voor die punten die relevant zijn voor hen, eveneens gevat door het Pact en werden daarom betrokken bij het volledige proces. Het Pact focust op de betrokkenheid van de verzekeringsinstellingen in de context van de verplichte gezondheidszorgverzekering, het gezondheidsbeleid en de verplichte aanvullende verzekering.

De uitkeringsverzekering blijft buiten de scope van dit Pact, behalve voor de reflectie in het kader van de rol, taken en opdrachten van de adviserend geneesheren, gegeven dat deze moeilijk los kunnen worden gezien van deze in het kader van de gezondheidszorgverzekering. De mutualistische hospitalisatieverzekeringen (vrije aanvullende verzekering) blijven eveneens buiten scope van het Pact.

Het eerste luik van het Pact bestaat uit zes moderniseringssassen. Het tweede luik van het Pact focust op een stabiel en responsabiliserend budgettair kader, waarin ook de geprogrammeerde besparingen verwerkt

11. Les mutuelles

Dans l'accord de gouvernement fédéral du 9 octobre 2014, différents objectifs visant la modernisation des organismes assureurs (mutuelles) sur le plan du service, de l'efficacité et de la bonne gestion sont repris dans le chapitre sur les soins de santé.

Les organismes assureurs sont, en tant que cogestionnaires de l'assurance maladie, étroitement associés aux réformes des soins de santé et de l'assurance maladie qui ont été initiées par la ministre en exécution de l'accord de gouvernement. Ils sont aussi cogestionnaires du budget des soins de santé. Au cours de la présente législature, des décisions budgétaires ont été prises à hauteur de 120 millions d'euros à titre d'économies structurelles sur les frais administratifs des mutuelles d'ici 2018. Il est précisé dans le chapitre sur les soins de santé de l'accord de gouvernement que l'on évoluera vers des cadres pluriannuels, étant entendu que le gouvernement et les acteurs concernés conviendront d'objectifs communs tant en ce qui concerne le contenu que l'aspect budgétaire.

Compte tenu de tous les éléments précités, la ministre a pris une initiative en vue d'élaborer, avec les organismes assureurs, un cadre pluriannuel, un exercice qui a abouti au Pacte avec les organismes assureurs.

Par organismes assureurs, on entend les mutualités classiques. La caisse des soins de santé de HR Rail et la caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité sont également couvertes par le pacte pour les points qui les concernent et ont dès lors été associées à l'ensemble du processus. Le pacte se focalise sur la participation des organismes assureurs dans le contexte de l'assurance obligatoire soins de santé, de la politique de la santé et de l'assurance complémentaire obligatoire.

L'assurance indemnités n'est pas visée par ce pacte, sauf en ce qui concerne la réflexion relative au rôle, aux tâches et aux missions des médecins-conseils, dès lors que ceux-ci ne peuvent être aisément dissociés de celle relative à l'assurance soins de santé. Les assurances hospitalières des mutualités (assurance complémentaire libre) restent, elles aussi, en dehors du pacte.

Le premier volet du pacte se compose de six axes de modernisation. Le second volet du pacte vise un cadre budgétaire stable et responsabilisant, incluant également les économies programmées. Les deux volets

zijn. Beide luiken van het Pact zijn geconcretiseerd in 66 actieverbintenissen die specifiek en meetbaar zijn geformuleerd en waarvoor telkens een deadline is bepaald.

De minister geeft een overzicht van de zes moderniseringsassen, de bijbehorende uitdagingen en doelstellingen:

1° Informatieverlening aan, hulpverlening en gezondheidscoaching van de leden: versnellen van de evolutie van een administratieve en uitbetalingsinstelling naar een model waarin de leden geïnformeerd, begeleid en gecoacht worden om wegwijs te geraken in het speelveld van de gezondheidszorg, zijn actoren, de rechten en verplichtingen van de patiënt, de financiële modaliteiten, enz.

Doelstellingen zijn onder meer het bijdragen tot de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, het informeren van leden over hun rechten en bijdragen tot de opname van rechten, en het bevorderen van gezondheidsvaardigheden.

2° Bijdrage tot de kennisopbouw en beleidsvoorbereiding: deelnemen aan en mee verantwoordelijkheid nemen voor een meer geïntegreerde beleidsvoering inzake gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg door het meewerken aan de vaststelling en uitvoering van gezondheidsdoelstellingen, door het ter beschikking stellen van gegevens en kennis, en door het opnemen van een actieve en verantwoordelijke rol binnen de organen van de gezondheidszorgverzekering en gezondheidszorg.

Doelstellingen zijn onder meer het opnemen van een actieve rol in het beheer van de gezondheidsverzekering, een actieve partner zijn bij de hervormingen in de federale gezondheidszorg, bijdragen tot de vaststelling, uitvoering en opvolging van gezondheidsdoelstellingen, meewerken aan een slagkrachtig *health research system*, en een partnerschap sluiten inzake een datastrategie in de gezondheidszorg.

3° Handhaving en doelmatigheid: mee verantwoordelijkheid nemen voor een geoptimaliseerd gebruik van de beschikbare en begrensde middelen in de gezondheidszorgverzekering door een versterkte opname van de rol als handhaver van de correcte uitvoering van de reglementering in de gezondheidszorgverzekering, binnen een gecoördineerde handhavingstrategie, met moderne en reponsabiliserende instrumenten en een transparante verantwoording naar de overheid.

Doelstellingen zijn onder meer de actieve medewerking aan de ontwikkeling van een geïntegreerde en

du pacte sont concrétisés sous la forme de 66 engagements d'action, formulés de manière spécifique et mesurable et chaque fois assortis d'une date butoir.

La ministre donne un aperçu des six axes de modernisation, des défis et des objectifs y afférents:

1° L'information, l'assistance et le coaching santé des membres: accélérer l'évolution d'un organisme administratif et de paiement vers un modèle où les membres sont informés, assistés et coachés afin de s'y retrouver dans le domaine des soins de santé, les acteurs, les droits et devoirs du patient, les modalités financières, etc.

L'objectif est notamment de contribuer à l'accessibilité des soins de santé, d'informer les membres quant à leurs droits et de contribuer au recours aux droits, ainsi que de promouvoir la littératie en santé.

2° Contribution à l'accroissement des connaissances et à la préparation de la politique: participer à l'élaboration de la politique et partager les responsabilités en vue d'une politique plus intégrée en matière d'assurance soins de santé et de soins de santé, en contribuant à l'élaboration et à la réalisation des objectifs de santé, en mettant à disposition des données et des connaissances, et en jouant un rôle actif et responsable au sein des organes chargés de l'assurance soins de santé et des soins de santé.

Les objectifs sont notamment de jouer un rôle actif dans la gestion de l'assurance soins de santé, d'être un partenaire actif dans le cadre des réformes de la politique fédérale en matière de soins de santé, de contribuer à l'élaboration, à la réalisation et au suivi des objectifs de santé, de contribuer au développement d'un *Health Research System* efficace et de conclure un partenariat relatif à une stratégie de données dans le cadre des soins de santé.

3° Contrôle et efficacité: partager les responsabilités en vue d'optimiser l'utilisation des moyens disponibles et limités dans le cadre de l'assurance soins de santé en assumant, tout en le renforçant, le rôle de gardien de la mise en œuvre correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, dans le cadre d'une stratégie de contrôle coordonnée, alliant à la fois des outils modernes de responsabilisation et une transparence responsable à l'égard des pouvoirs publics.

Les objectifs sont notamment de collaborer activement au développement d'une stratégie et d'une

gecoördineerde meerjarenstrategie en aanpak inzake handhaving en doelmatigheid, samen met de overheid, en de ontwikkeling en toepassing van een coherent, slagkrachtig handhavingsinstrumentarium.

4° Het adviserend geneesherenkorps: meewerken aan een gemoderniseerde en geprofessionaliseerde rol van de adviserend geneesheren die toespitst op hun echte kerntaken. Ook het statuut en de governance van het korps verdient modernisering.

Doelstellingen zijn onder meer het scherpstellen van de kerntaken van de adviserende geneesheren, de reflectie over een geactualiseerd statuut voor de adviserend geneesheer en de verbetering van de governance van het korps van adviserend geneesheren. Het voorstel van resolutie ter bevordering van een grotere onafhankelijkheid voor de adviserend geneesheer (DOC 54 1882/002) gaat een stuk verder. Echter meent de minister dat het Pact niettemin een belangrijk en nodig debat voorziet omtrent de toekomst van de adviserend geneesheren.

5° Verplichte aanvullende verzekering: moderniseren van de verplichte aanvullende verzekering en uitzuiveren van het huidige aanbod. Gezondheidsgerichte tussenkomsten mogen niet in tegenspraak zijn met *evidence based medicine* en *evidence based practice*. Tussenkomsten via maatschappelijke dienstverlening zijn gericht op gezondheid en/of het versterken van de persoonlijke draagkracht van de leden ("*resilience*").

Doelstellingen zijn onder meer het heroriënteren en uitzuiveren van de verplichte aanvullende verzekering. De ziekenfondsen zijn momenteel zelf een voorstel tot uitzuivering aan het uitwerken. Maar voor de minister is het duidelijk dat saunabezoeken en dergelijke in de toekomst niet meer in de aanvullende verzekering kunnen zitten. Rekening houdend met het voorstel van de ziekenfondsen, dat de minister eind 2016 verwacht, zal zij in het voorjaar 2017 een wetgevend initiatief nemen tot uitzuivering.

6° Bestuurskracht, goed bestuur en transparantie: aanpassen van de organisatie en werking van de ziekenfondsen en de verantwoordings- en toezichtmechanismen met het oog op transparantie en goed bestuur.

Doelstellingen zijn onder meer het verhogen van de bestuurskracht van de verzekeringsinstellingen, ook rekening houdend met de opdrachten en het budgettaire kader waarbinnen ze opereren, het versterken van de samenwerking tussen de verzekeringsinstellingen, het versterken van de transparantie in het kader van de

approche pluriannuelles intégrées et coordonnées en matière de contrôle et d'efficience, en collaboration avec les pouvoirs publics, ainsi qu'à l'élaboration et à l'application d'un ensemble cohérent et efficace d'instruments de contrôle.

4° Le corps des médecins-conseils: collaborer à la modernisation et à la professionnalisation du rôle des médecins-conseils afin de le focaliser sur leurs véritables missions fondamentales. Le statut et la gouvernance du corps doivent également être modernisés.

Les objectifs sont notamment de préciser les missions fondamentales des médecins-conseils, de réfléchir à la modernisation du statut des médecins-conseils et d'améliorer la gouvernance du corps des médecins-conseils. La proposition de résolution visant à accroître l'indépendance du médecin-conseil (DOC 54 1882/002) va plus loin. La ministre estime cependant que le Pacte prévoit néanmoins la tenue d'un débat important et nécessaire sur le futur des médecins-conseils.

5° Assurance complémentaire obligatoire: moderniser l'assurance complémentaire obligatoire et clarifier l'offre actuelle. Les interventions axées sur la santé ne peuvent pas être en contradiction avec l'*evidence-based medicine* et l'*evidence based practice*. Les interventions dans le cadre d'un service social se concentrent sur la santé et/ou le renforcement de la capacité personnelle des membres ("*resilience*").

Les objectifs sont notamment la réorientation et la clarification de l'assurance complémentaire obligatoire. Les mutualités préparent actuellement elles-mêmes une proposition de clarification. Mais pour la ministre, il est clair que les visites au sauna, etc. ne peuvent plus à l'avenir figurer dans l'assurance complémentaire. Compte tenu de la proposition des mutualités, que la ministre attend pour la fin 2016, elle prendra au début de 2017 une initiative législative de clarification.

6° Capacité de gestion, bonne gouvernance et transparence: adaptation de l'organisation et du fonctionnement des mutualités et des mécanismes de surveillance et de justification en vue d'assurer la transparence et la bonne gouvernance.

Les objectifs sont, entre autres, l'accroissement de la capacité de gestion des organismes assureurs, compte tenu également des missions et du cadre budgétaire dans lequel elles opèrent, le renforcement de la coopération entre les organismes assureurs, l'accroissement de la transparence dans le cadre de la participation à

deelname aan het beheer en het overleg in de verplichte verzekering, het versterken van de organisatorische transparantie, het versterken van de financiële transparantie, en de efficiëntieverhoging door vereenvoudiging en samenwerking op vlak van ICT en gegevensbeheer

Wat luik 2 betreft (een stabiel en responsabiliserend budgettair kader) zijn de doelstellingen, onder meer, een stabiel en adequaat budgettair meerjarenkader, een evaluatie van de parameterformule van de administratiekosten, de versterking en verhoging van het variabel gedeelte van de administratiekosten, en de modernisering van de financiële verantwoordelijkheid inzake de uitgaven geneeskundige verzorging.

12. Redesign

De minister is van bij aanvang van de regeerperiode gestart met het overleg met de leidende ambtenaren van de administraties waarvoor ze bevoegd is en met de stakeholders, dat wil zeggen de sociale partners, de verzekeringsorganismen, de zorgverstrekkers en de industrie.

Dit overleg strekt ertoe te bepalen hoe de coherentie, de doeltreffendheid en de efficiëntie van de acht gezondheidszorgadministraties kunnen worden verbeterd, hoe beter op de vereiste hervormingen kan worden ingespeeld, hoe het nieuwe beleid in het kader van onder andere de geestelijke gezondheid of de geïntegreerde zorg kan worden ontwikkeld, en hoe de geplande besparingen op de beheersbudgetten kunnen worden opgevangen.

De Redesign van de administraties heeft zeker niet tot doel om de rollen van de stakeholders, te weten de sociale partners, de verzekeringsorganismen, de zorgverstrekkers, de industrie enzovoort, af te zwakken. Het is integendeel de bedoeling om de overleg- en raadplegingstools verder te versterken en te moderniseren. Het is evenmin de bedoeling om verder te besparen op het gezondheidszorgbudget.

De visienota die de minister aan de administraties, de stakeholders en de regering heeft voorgesteld, werd in juli 2016 goedgekeurd. Ondertussen werd een managementcomité opgericht om de samenwerking tussen de leidende ambtenaren van de gezondheidsadministraties te verbeteren, onder andere op het vlak van de hervormingen. Ook de fusie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA) is al een feit.

la gestion et à la concertation dans l'assurance obligatoire, le renforcement de la transparence organisationnelle, le renforcement de la transparence financière et l'accroissement de l'efficacité par la simplification et la collaboration dans le domaine des TIC et de la gestion des données.

En ce qui concerne le deuxième volet (un cadre budgétaire stable et responsabilisant), les objectifs sont notamment un cadre budgétaire pluriannuel stable et adéquat, une évaluation de la formule des paramètres des frais d'administration, le renforcement et l'augmentation de la partie variable des frais d'administration et la modernisation de la responsabilité financière concernant les dépenses de soins médicaux.

12. Redesign

Dès le début de la législature, la ministre a lancé des concertations avec les fonctionnaires dirigeants des administrations relevant de ses compétences et avec les stakeholders, à savoir les partenaires sociaux, les organismes assureurs, les dispensateurs de soins et l'industrie.

Ces concertations ont été menées afin de vérifier comment augmenter la cohérence, l'efficacité et l'efficience des huit administrations de soins de santé, de mieux pouvoir répondre aux réformes nécessaires, de pouvoir développer de nouvelles politiques, entre autres dans le cadre de la santé mentale ou les soins intégrés, de pouvoir absorber les économies prévues sur les budgets de gestions.

Le redesign des administrations n'a aucunement pour objectif d'affaiblir le rôles des stakeholders, partenaires sociaux, organismes assureurs, dispensateurs, industrie, etc. Bien au contraire, l'objectif est de renforcer encore les mécanismes de concertation et de consultation et les moderniser. Le but n'est pas non plus d'ajouter encore des économies sur le budget des soins de santé

La ministre a présenté une note de vision aux administrations, aux stakeholders et au gouvernement. Cette note a été approuvée en juillet 2016. Entre-temps, un comité de management a été installé en vue d'une meilleure collaboration entre les fonctionnaires dirigeants des administrations de santé, par exemple sur les réformes. A également été déjà actée, la fusion de l'Institut scientifique de Santé Publique et du Centre d'études de recherche vétérinaire et agrochimique (CERVA).

De inwerkingtreding is gepland voor 2017 met de oprichting van Sciensano. In 2018 zouden het KCE en de Hoge Gezondheidsraad worden samengevoegd. Er zullen werkgroepen worden opgericht om de samenwerking tussen de acht instellingen in meerdere domeinen te verscherpen: inspectie en controle, steundiensten enzovoort.

Op dit moment analyseert een consortium van de Boston Consulting Group, Möbius, KPMG en Eubelius de mogelijkheid en de voorwaarden van een integratie van de gezondheidszorgdiensten van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze analyse wordt gerealiseerd in nauwe samenwerking met de betrokken instellingen, hun leidende ambtenaren en de stakeholders. Het verslag van de analyse wordt tegen het jaareinde verwacht.

In de eerste helft van 2017 wordt een debat rond het Instituut voor de Toekomst gestart met de deelgebieden, om hun verwachtingen te vernemen.

C. Replieken

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) komt terug op de problematiek van de medicatie en meer bepaald de nasale corticosteroïden.

De spreekster steunt de strijd tegen de overmatige consumptie van die medicatie, maar begrijpt niet waarom die even duur wordt voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen. De spreekster herinnert eraan dat de minister de kwestie opnieuw heeft bekeken op vraag van de patiënten en dat ze heeft geprobeerd een compromis te vinden. Zo heeft de minister aangekondigd een dubbel statuut voor de nasale corticosteroïden te zullen vastleggen. Die neussprays zullen beschikbaar zijn met of zonder voorschrift. De minister heeft de pers ook meegedeeld dat het remgeld licht zal stijgen en dat de maatregel een verandering van vergoedingscategorie doorvoert. De sprays zullen van vergoedingscategorie B naar vergoedingscategorie Cx gaan.

De spreekster heeft deze stijging berekend en stelt vast dat de minister de feiten minimaliseert. Door dit dubbele statuut worden de prijzen driemaal zo hoog. Voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen zou deze maatregel tot een prijs kunnen leiden die vijfmaal zo hoog is. De minister verwijst naar de Maximumfactuur (MAF). Vergoedingscategorie Cx staat echter niet in de MAF. De minister heeft in de pers verklaard dat ze de maatregel zal aanpassen en de spreekster hoopt dat dit gebeurt. De prijsstijging blijft echter problematisch voor de meest kwetsbare bevolkingsgroepen en in het bijzonder voor de chronische patiënten. Hoewel deze

L'entrée en vigueur est programmée dans le courant de 2017 par la création de Sciensano. En 2018, l'intégration du KCE et du Conseil Supérieur de Santé est envisagée. Des groupes de travail seront constitués pour renforcer la collaboration entre les huit institutions en ce qui concerne plusieurs domaines: inspection et contrôle; services de soutien; etc.

Une analyse est par ailleurs en cours par un consortium de Boston Consulting Group, Möbius, KPMG et Eubelius afin d'analyser l'opportunité et les conditions pour intégrer les services de soins de santé de l'INAMI et le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Cette analyse est réalisée en étroite collaboration avec les institutions concernés, leurs fonctionnaires dirigeants et les stakeholders. Un rapport est attendu vers la fin de l'année.

En ce qui concerne l'Institut du futur, un débat avec les entités fédérées sera lancé dans la première moitié de 2017, afin de connaître leurs attentes.

C. Répliques

Mme Karin Jiroflée (sp.a) revient sur la problématique de la médication, et particulièrement concernant les corticostéroïdes nasaux.

L'intervenante apporte son soutien à la lutte contre la surconsommation de cette médication. Cependant, elle ne comprend pas pourquoi cette médication deviendra autant coûteuse pour les populations les plus vulnérables. L'intervenante rappelle que la ministre s'est penchée à nouveau sur la question à la suite de la demande des patients. De ce fait, la ministre a essayé de trouver un compromis. Ainsi, la ministre a annoncé l'instauration d'un double statut pour les corticostéroïdes nasaux. Ces sprays nasaux seront disponibles sur prescription ou en délivrance libre. La ministre a également annoncé dans la presse une légère augmentation des tickets modérateurs. La mesure prévoit aussi un changement de catégorie. Désormais, ces sprays passeront de la catégorie B à Cx.

L'intervenante a procédé au calcul de cette augmentation et constate que les propos de la ministre s'avèrent être une minimalisation des faits. Ce double statut entraînera un triplement des prix. Pour les populations les plus vulnérables, cette mesure pourrait même entraîner un quintuplement des prix. La ministre fait référence au Maximum à Facturer (MAF). La catégorie Cx n'est pourtant pas reprise dans le MAF. La ministre a déclaré dans la presse qu'elle allait procéder à une adaptation de la mesure, ce qu'espère l'intervenante. Néanmoins, cette augmentation de prix demeure un problème pour les populations les plus vulnérables, et

stijging voor sommige mensen slechts enkele euro's per maand bedraagt, vertegenwoordigt dit veel geld voor de chronische patiënten. Hoe wil de minister die aanpassing aanpakken?

De vorige regering had de bewuste keuze gemaakt om het plafond van de MAF niet op te trekken om de meest kwetsbare bevolkingsgroepen beter te beschermen. Ondanks de zichtbare toename van de armoede heeft de minister vandaag beslist om te breken met dit systeem. Als arts is de minister op de hoogte van de onzekere situatie waarin bepaalde mensen leven.

De spreekster benadrukt dat de radioscopieën geen probleem vormen. Hoewel ze het met de minister eens is over de behoefte aan een wetenschappelijk onderbouwd medisch beleid, begrijpt ze de reden van een moratorium op radioscopieën niet.

De spreekster verwijst naar het advies van het Rekenhof. In dat advies herinnert het Hof eraan dat de begroting voor een jaar wordt vastgelegd. De uitvoering van bepaalde maatregelen vergt echter meer tijd en derhalve bepaalde wetgevende aanpassingen. De minister heeft bepaalde maatregelen ondertussen al aangepast, zoals die van de neussprays. Gelet op het feit dat bepaalde sectoren druk uitoefenen op de minister, is de kans niet denkbeeldig dat nog andere maatregelen zullen worden aangepast of verbeterd. Stemt de door de minister voorgestelde begroting dan nog wel overeen met de realiteit?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) merkt op dat de minister in het alcoholdossier een termijn van zes maanden aangeeft, met de interministeriële conferentie van maart 2017 als streefdoel. De spreekster vraagt de expliciete bevestiging van die termijn.

De spreekster vreest dat de patiënten hun rechten in het kader van de wet betreffende de rechten van de patiënt niet kennen.

Mevrouw Dedry stelt het op prijs dat de minister advies heeft gevraagd over het statuut van de assistent-specialisten. Ze herinnert ook aan het door haar fractie ingediende wetsvoorstel, waarin voorstellen staan die de minister zouden kunnen interesseren.

De heer Daniel Senesael (PS) erkent dat de minister aandacht heeft besteed aan de vragen die haar in het kader van dit debat werden gesteld, wat ook blijkt uit

ce, particulièrement pour les patients chroniques. Bien que cette augmentation ne représente qu'une hausse de quelques euros par mois pour certains, pour les patients chroniques cela représente beaucoup d'argent. Comment la ministre compte-t-elle procéder à la dite adaptation?

Pour ce qui est du MAF, le précédent gouvernement a délibérément décidé de ne pas augmenter ce plafond afin de renforcer la protection des populations les plus vulnérables. La ministre a aujourd'hui décidé de rompre avec ce système malgré la hausse visible de la pauvreté. En tant que médecin, la ministre a connaissance de la situation de précarité dans laquelle certaines personnes vivent.

L'intervenante souligne que les radioscopies ne représentent pas un problème. Si elle est d'accord avec la ministre à propos d'une politique médicale scientifiquement fondée, elle ne comprend pas la raison du moratoire imposé au sujet des radioscopies.

L'oratrice se réfère à l'avis rendu par la Cour des comptes. Dans son avis, la Cour rappelle que le budget a été établi pour une année. Toutefois, l'exécution de certaines mesures demandera plus de temps. Par conséquent, certaines adaptations législatives seront nécessaires. En outre, la ministre a également entre-temps adapté certaines de ses mesures, à l'image de celle concernant les sprays nasaux. Étant donné que cette dernière est également confrontée à la pression de certains secteurs, on peut donc s'imaginer que d'autres mesures seront par la suite adaptées ou corrigées elles aussi. De ce fait, le budget présenté par la ministre est-il encore conforme à la réalité?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) note qu'en matière d'alcool, la ministre indique un délai de six mois avec comme objectif la Conférence interministérielle de mars prochain. L'intervenante demande la confirmation explicite de ce délai.

Concernant la loi relative aux droits des patients, l'intervenante s'inquiète de la méconnaissance de leurs droits par les patients.

Pour ce qui est du statut des assistants spécialistes, Mme Dedry apprécie les avis demandés par la ministre au sujet de cette problématique. Elle rappelle également la proposition de loi déposée par son groupe parlementaire à ce sujet dans laquelle peuvent figurer des propositions susceptibles d'intéresser la ministre.

M. Daniel Senesael (PS) reconnaît l'intérêt porté aux questions posées à la ministre dans le cadre de ce débat, de même que celui qu'elle a manifesté pour ses

haar antwoorden. De spreker betreurt echter dat de minister zo weinig moeite doet om de gezondheidszorg te verdedigen, een gegeven dat in contrast staat met de moeite die ze zich getroost om haar antwoorden te formuleren.

Hoewel de eerste minister zelf verklaarde dat de gezondheidszorg een kostbaar goed is, moet de sector in 2017 900 miljoen euro besparen. De minister heeft zeker niet de meest optimale keuzes gemaakt. De meest kwetsbare patiënten worden de eerste slachtoffers van het beleid van de minister. De indexering van de MAF illustreert de situatie perfect.

De groeinorm van 0,5 % die aan de gezondheidszorg wordt opgelegd, volstaat niet om te voldoen aan de toekomstige behoeften van de bevolking. Het Federaal planbureau raamt de normale evolutie van de behoeften op 2,2 %. Indien de minister haar onbezonnen begrotingsbeslissingen handhaaft, zal het Belgische systeem misschien niet langer voorbeeldig zijn.

In het kader van de terugbetaling van nasale corticosteroïden stelt de heer Senesael het op prijs dat de minister zich in vraag stelt. Hij blijft echter sceptisch over de terugbetaling van zuurremmende geneesmiddelen op basis van getuigenissen.

Hoewel de voor 2017 geplande besparingen over het hele jaar worden gespreid, zijn bepaalde maatregelen nog niet vermeld of geconcretiseerd. De spreker citeert het advies van het Rekenhof over de evaluatie van de door de minister voorgestelde begroting. Op basis van dit advies van het Rekenhof valt te vrezen dat bijkomende maatregelen zullen moeten worden genomen om het vastgelegde budgettaire kader te respecteren.

De spreker citeert ook het advies van het Rekenhof over het onderdeel van de terugbetaalde geneesmiddelen en vraagt de minister om te reageren.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) interpelleert de minister over de zuurremmende geneesmiddelen. De minister had al enkele uitzonderingen op de maatregel aangekondigd. De spreekster vraagt of er ook een uitzondering zal worden gemaakt voor het syndroom van Barrett en welke criteria dan zouden worden gehanteerd?

De spreekster vraagt de minister of ze nog aan een regelgeving voor de neussprays werkt dan wel of er reeds een kader bestaat. Ze vindt de nadere voorwaarden met betrekking tot het dubbele statuut ondoorzichtig.

réponses. Par contre, l'intervenant déplore le manque d'égard porté par la ministre à la défense des soins de santé, qui contraste avec celui qu'elle a porté à ses réponses.

Une somme de 900 millions d'économies sont à réaliser dans le secteur en 2017, alors que le premier ministre disait lui-même que les soins de santé étaient un bien précieux. Les choix opérés par la ministre sont loin d'être les plus optimaux. Les patients les plus fragiles sont les premières victimes de la politique de la ministre. L'indexation du MAF illustre parfaitement la situation.

La norme de croissance de 0,5 % imposée aux soins de santé ne permettra pas de répondre aux besoins futurs de la population. Le Bureau fédéral du Plan estime quant à lui l'évolution normale des besoins à 2,2 %. Si la ministre persiste dans ses décisions budgétaires inconsidérées, le système belge risque de ne plus être retenu en exemple.

Dans le cadre du remboursement des corticostéroïdes nasaux, M. Senesael apprécie la remise en question de la ministre. Cependant, il reste sceptique au sujet de la démarche consistant à rembourser les antiacides sur la base de témoignages.

Bien que les économies prévues pour 2017 s'étalent sur l'ensemble de l'année, certaines mesures ne sont pas encore envisagées ou concrétisées. L'intervenant cite ainsi l'avis de la Cour des comptes quant à l'évaluation du budget présenté par la ministre. Par conséquent, en suivant l'avis de la Cour des comptes, il est à craindre que des mesures additionnelles ne doivent être prises afin de respecter le cadre budgétaire établi.

L'intervenant cite également l'avis de la Cour des comptes sur le volet traitant des médicaments remboursés et sollicite la réaction de la ministre.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) interpelle la ministre à propos des antiacides. La ministre a déjà annoncé quelques exceptions à sa mesure. L'intervenante demande si une exception vaudra également pour le syndrome de Barrett et quels en seraient les critères?

L'oratrice demande à la ministre si une réglementation est encore en cours d'élaboration pour les sprays nasaux ou si un cadre existe déjà. Les modalités du double statut lui semblent opaques.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) noteert dat de minister uitvoerig heeft geantwoord en vooral uitleg heeft gegeven over de bestaande normen. De minister zwijgt echter over de redenen van de verlaging van het gezondheidszorgbudget. Wie heeft deze verlaging opgelegd? Nadat ze het publiek over een andere boeg had gegooid, heeft de minister haar ommezwaai gerechtvaardigd door de budgettaire gevolgen te minimaliseren. De realiteit schetst nochtans een heel ander beeld.

Hoewel het lid ervan overtuigd is dat de hervorming van de sector nodig is, vindt ze het jammer dat de huidige hervormingen worden doorgevoerd in het kader van de financiering van andere beleidsdomeinen dan het gezondheidszorgbeleid. Die hervormingen moeten gebeuren in het kader van een herinvesteringsbeleid, om in te spelen op de uitdagingen waarmee de sector zal worden geconfronteerd, meer bepaald de bocht naar ambulante gezondheidszorg, de vergrijzing van de bevolking, het feit dat de gezondheidszorg "chronischer" wordt en de broodnodige evolutie van de ziekenhuisfinanciering.

Mevrouw Fonck gaat dieper in op de door de minister niet nageleefde beloften inzake jaarlijkse kaders. De minister kondigt de tenuitvoerlegging van nieuwe jaarlijkse kaders aan. De minister heeft echter zelfs de 1,5 % norm niet gerespecteerd in het jaarlijkse kader, terwijl deze norm in het regeringsakkoord verankerd werd.

De spreekster betreurt dat de minister zichzelf verloochent. Zij heeft ervoor gekozen de zorgsector te verzwakken en dat dreigt in de toekomst zeer duur uit te vallen. De spreekster verzoekt de minister haar aanpak voor de komende jaren te herzien.

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) staat versteld van het door de minister voorgestelde beleid. De minister had aanvankelijk aangekondigd dat niet aan de gezondheidszorg zou worden geraakt. Naderhand heeft ze aanvaard het leeuwendeel van de door te voeren besparingen op zich te nemen. De minister heeft eerst aangegeven dat de patiënten de gevolgen van die besparingen niet zouden voelen, maar alles wijst op het tegendeel.

Inzake fibromyalgie zijn er nog twee problemen: het overleg en de behandeling van de patiënten. Door de hervorming van de kinesitherapiebehandelingen wordt geen rekening meer gehouden met de patiënten want het zorgtempo stemt niet langer overeen met de behoeften. Het aantal terugbetaalde behandelingen is immers gedaald van 60 naar 18. De behandelingen zijn weliswaar langer, maar die verlenging van de duur beantwoordt niet aan de reële behoeften van de

Mme Catherine Fonck (cdH) note que la ministre a apporté des réponses circonstanciée, en expliquant surtout les normes telles qu'elles existent. Par contre, la ministre reste muette sur les raisons de la réduction du budget des soins de santé. Qui a imposé cette réduction? Après avoir publiquement changé son fusil d'épaule, la ministre s'est justifiée en minimisant les conséquences budgétaires. La réalité se révèle toutefois tout autre.

Bien que le membre soit persuadé de la nécessité de réformer le secteur, elle déplore que les réformes actuelles soient menées dans le cadre du financement d'autres politiques au détriment des politiques de santé publique. Ces réformes doivent se faire dans le cadre d'une politique de réinvestissement afin de pouvoir relever plusieurs défis auxquels le secteur sera confronté, à savoir le virage ambulatoire, le vieillissement de la population, la chronicisation des soins et l'évolution indispensable du financement hospitalier.

Mme Fonck s'arrête aux promesses non respectées de la Ministre en matière de cadre annuel. Celle-ci annonce la mise en œuvre de nouveaux cadres annuels. Cependant, la Ministre n'a même pas respecté la norme de 1,5% figurant dans le cadre annuel, alors que cette norme étaient bétonnée dans l'accord de gouvernement.

L'intervenante regrette le renoncement de la ministre, qui a fait le choix de l'affaiblissement du secteur de la santé, ce qui risque de coûter très cher à l'avenir. L'intervenante appelle la ministre à revoir son approche pour les prochaines années.

Mme Véronique Caprasse (DéFI) reste pexplexe quant à la politique proposée par la ministre. La ministre avait dans un premier temps annoncé qu'on ne toucherait pas aux soins de santé. Par la suite, cette dernière a accepté de prendre à sa charge l'essentiel des économies à réaliser. Bien que la ministre ait d'abord affirmé que les patients ne subiraient pas les conséquences de ses économies, tout indique le contraire.

Pour ce qui est de la fibromyalgie, deux problèmes subsistent: la concertation et le traitement des patients. Avec la réforme des séances de kinésithérapie, les patients ne sont plus pris en compte, car le rythme de soin ne correspond plus aux besoins. Le nombre de séances remboursées est en effet passé de 60 à 18. Ces séances seront certes plus longues, mais cet allongement de durée ne répond pas aux besoins réels des patients. L'intervenante interpelle la ministre sur la

patiënten. De spreekster vraagt de minister hoe het overleg is verlopen aangezien daarbij kennelijk alleen de fysiotherapeuten waren betrokken.

Zij betreurt tevens de verschillen inzake achting tussen de Franstalige en de Nederlandstalige verenigingen van beroepsbeoefenaars van de gezondheidszorgberoepen waaraan de minister zicht schuldig heeft gemaakt, alsmede de weigering gevolg te geven op de conclusies van de deskundigen van de Planningscommissie van de medische orde omdat dit in het noorden van het land niet in goede aarde zou zijn gevallen.

Ook *voorzitter Muriel Gerkens* brengt het advies van het Rekenhof ter sprake. Wat zijn, gelet op de eisen inzake besparingen die de minister zichzelf heeft opgelegd, de gevolgen voor de toekomstige beslissingen als niet aan die eisen zal zijn voldaan?

De spreekster blijft vragen hebben bij de groeinorm van 0,5 % voor 2017, terwijl alle onderzoeken een norm van 2,2 à 2,3 % voorstellen om te kunnen inspelen op de uitdagingen van de organisatie van de zorg. Die onderzoeken staan die norm nochtans voor in het kader van besparingen en van een drastisch beheer van de gezondheidszorg. De minister had op voorhand een norm van 1,5 % aangekondigd. Hoe kon die tot 0,5 % worden teruggebracht? De minister heeft deze vraag niet beantwoord.

Volgens het lid haalt de minister de BVAS alleen aan als ze het over haar overleg met het artsenkorps heeft. Dat syndicaat is weliswaar het grootste, maar er moet ook met het standpunt van de andere artsensyndicaten rekening kunnen worden gehouden omdat die soms andere standpunten en analyses hebben.

De spreekster is verwonderd over de wijze waarop de minister haar werk voorstelt en hoe ze met de chronologie en het overleg omgaat. In de geestelijke gezondheidszorg moeten, wat de volwassenen betreft, de reorganisatiemogelijkheden worden uitgediept, opdat die personen toegang krijgen tot de zorg en de behandelingen die ze nodig hebben; zij mogen niet van een organisatie afhankelijk worden.

De minister heeft verschillende werkmogelijkheden geopperd in verband met de stages in de ziekenhuizen en de dubbele cohorte. Is er overleg op het niveau van de universitaire ziekenhuizen en wordt rekening gehouden met de behoeften voor 2018? Zullen de *Health Care Assistants* de gediplomeerde verpleegkundigen, de zorgkundigen vervangen of zullen ze in een nieuwe categorie worden opgenomen?

manière exclusive dont s'est déroulée la concertation, celle-ci ayant apparemment impliqué uniquement les kinésithérapeutes.

Elle déplore également les différences de considération entre les associations de professionnels des soins de santé francophones et néerlandophones dont s'est rendue responsable la ministre, ainsi que son refus de suivre les conclusions formulées par les experts de la Commission de planification de l'ordre médicale, parce que cela aurait déplu au Nord du pays.

Mme Muriel Gerkens, présidente, s'arrête elle aussi à l'avis rendu par la Cour des comptes. Au vu des impératifs d'économies que la ministre s'est imposées, quelles en seront les conséquences dans les décisions à venir dès lors que ces impératifs ne seront pas atteints?

L'oratrice continue à s'interroger sur la norme de croissance établie de 0,5 % pour 2017, alors que toutes les études réalisées suggèrent une norme de 2,2 à 2,3 % afin de répondre aux défis qu'appelle l'organisation des soins de santé. Ces études préconisent pourtant cette norme dans le cadre d'économies et d'une gestion drastique des soins de santé. La ministre avait auparavant annoncé une norme de 1,5 %. Comment celle-ci a-t-elle pu être ramenée à 0,5 %? La ministre n'a pas répondu à cette question.

Selon le membre, la ministre cite uniquement l'AB-SYM lorsqu'elle évoque ses concertations avec le corps médical. Bien que ce syndicat soit le plus important, il faut également pouvoir tenir compte de l'avis des autres syndicats médicaux, ces derniers ayant parfois des visions et analyses différentes.

La présentation par la ministre de son travail, ainsi que sa manière de mener la chronologie et les concertations, interpellent Mme Gerkens. Ainsi, pour ce qui est des soins de santé mental, les pistes doivent être approfondies au niveau de la réorganisation en ce qui concerne les adultes afin que ceux-ci aient accès aux soins et prestations dont ils ont besoin. Ils ne doivent pas être tributaires d'une organisation.

La ministre a émis différentes pistes de travail concernant les stages dans les hôpitaux et la double cohorte. Existe-t-il au niveau des hôpitaux universitaires une concertation, ainsi qu'une prise en compte nécessaire des besoins pour 2018? Les *Health Care Assistants* vont-ils remplacer les infirmiers brevetés, les aides soignants ou seront-ils intégrés dans une nouvelle catégorie?

Tot slot heeft de minister geen nauwkeurig deadline opgesteld inzake de niet-conventionele praktijken. Heeft ze ter zake tenminste al een tijdpad bepaald?

*
* *

De minister wijst erop dat de maatregel in verband met de nasale corticosteroïden nodig is omdat de gevolgen van die ontstoppende sprays rampzalig zijn voor de bevolking. Sommigen panikerden als ze die niet bij de hand hebben. Het klopt dat het remgeld met enkele euro zal stijgen naargelang van de specialiteit. Sommige generieke geneesmiddelen zijn echter minder duur dan die neussprays. De patiënten kunnen dus hun toevlucht nemen tot die generieke sprays, die goedkoper zijn dan de traditionele ontstoppende sprays.

In het kader van de opname in de MAF van de terugbetaling van de sprays van de categorie CX moeten bijkomende maatregelen worden aangenomen. Bovendien zal een gelijkaardige regelgeving worden uitgewerkt voor de griepvaccins, die ook onder de categorie Cx vallen en in de MAF worden opgenomen.

De verhoging van de kosten voor de patiënten zal miniem zijn omdat zij maar occasioneel gebruik maken van neussprays. Ze gebruiken die immers maar één of twee maal per jaar. Het is de bedoeling de chronische overconsumptie van die sprays in het kader van een onverantwoordelijke zelfmedicatie aan te pakken. Die overconsumptie leidt bijvoorbeeld tot gevallen van chronische polyposis. Zo werd het dubbel statuut uitgewerkt met de bedoeling de patiënten te helpen welke die medicatie echt nodig hebben.

Er werd voor die aanpak gekozen om de terugbetaling te steunen van de behandeling van andere ziekten waarvoor voordien geen budgetten voorhanden waren, ondanks de toename van het aantal mensen die eraan lijden, zoals hepatitis C en HIV. Die budgetten zijn nu vrijgemaakt. Die behandelingen zijn bedoeld om levens te redden. De verhoging van de prijs van de corticosteroïden is dus een klein tegengewicht voor de financiering van die vitale behandelingen.

De MAF-bovengrens werd sinds 2002 niet meer opgetrokken. De inkomensbovengrens daarentegen werd wél opwaarts herzien. Daardoor staat de MAF nog steeds open voor mensen die daar niet echt nood aan hebben. Deze maatregel is ingebed in het kader van de indexering van de MAF.

Enfin, au sujet des pratiques non conventionnelles, la ministre n'a pas établi d'échéance précise. La ministre a-t-elle néanmoins déjà arrêté un calendrier à ce propos?

*
* *

La ministre souligne que la mesure à propos des corticostéroïdes nasaux est nécessaire, car les effets de ces sprays décongestionnant sont désastreux sur la population. Certaines personnes paniquent si elles ne l'ont pas à portée de main. Il est vrai que le ticket modérateur subira une hausse de quelques euros selon la spécialité. Cependant, certains médicaments génériques coûtent moins chers que ces sprays nasaux. De ce fait, les patients pourront toujours se tourner vers les sprays génériques, ces derniers étant meilleur marché par rapport aux sprays décongestionnant traditionnels.

L'adoption de mesures supplémentaires dans le cadre de l'inclusion dans le MAF du remboursement des sprays de catégorie Cx est nécessaire. De plus, une réglementation équivalente sera élaborée pour les vaccins contre la grippe, qui tombent également sous la catégorie Cx et sont repris dans la MAF.

L'augmentation du coût pour les patients sera minime étant donné leur recours occasionnel aux sprays nasaux. Ces derniers n'ont en effet recours à cette médication qu'une à deux fois par an. L'objectif est de lutter contre la surconsommation chronique de ces sprays dans le cadre d'une automédication irresponsable. Cette surconsommation engendre par exemple des cas de polyposis chronique. Le double statut a ainsi été mis au point avec pour objectif d'aider les patients chroniques ayant réellement besoin de cette médication.

Cette approche a été adoptée afin de soutenir le remboursement de traitement d'autres pathologies pour lesquelles les budgets étaient auparavant inexistantes malgré la proportion croissante de personnes souffrantes, à l'instar de l'hépatite C et du VIH. Désormais, des budgets ont été dégagés. Ces traitements sont des traitements visant à sauver des vies humaines. L'augmentation du coût des corticostéroïdes s'avère par conséquent être un contrepois mineur pour le financement de ces traitements vitaux.

Pour ce qui du plafond du MAF, aucune augmentation n'est intervenue depuis 2002. Toutefois, le plafond des revenus, quant à lui, a été revu à la hausse. De ce fait, des personnes n'en ayant pas forcément la nécessité continuent à y avoir accès. Cette mesure s'inscrit dans le cadre de l'indexation du MAF.

De begrotingsdoelstellingen worden berekend op basis van de datum waarop de maatregelen in werking treden. De maatregelen die in werking moeten treden op een latere datum van het jaar waarvoor de begroting wordt opgemaakt, worden aldus niet meegenomen in de budgettaire berekening van dat jaar. In zijn advies formuleert het Rekenhof trouwens zeer weinig opmerkingen over de overeenkomstige afdeling van de ter bespreking voorliggende begroting. Het Rekenhof beveelt evenwel aan bij de budgettaire berekeningen rekening te houden met de spreiding van de data van inwerkingtreding van de maatregelen. De minister zal dat doen.

Over de patiëntenrechtenwet is het laatste woord nog niet gezegd. Hoewel de wet werd aangenomen in 2002, zijn veel patiënten er anno 2016 nog niet mee vertrouwd. Dat ligt nochtans niet aan de promotiecampagnes, want die zijn er wel degelijk geweest.

Bij de budgettaire berekening van de gevolgen van de besparingsmaatregelen werd rekening gehouden met het tijdpad, alsook met de data van inwerkingtreding ervan.

Met betrekking tot de zuurremmende geneesmiddelen en de patiënten met het syndroom van Zollinger Ellison geeft de minister aan dat het aantal betrokkenen beperkt is. Wat de patiënten met het syndroom van Barrett betreft, wordt nog onderzoek gedaan naar de uitzonderingen.

Gezien de omvang van haar ministerportefeuille en haar liberale beleidsvisie moet de minister nagaan hoe ze een gezonde begroting het best kan opmaken; dat verklaart waarom besparingen aan de orde zijn. Niet iedereen zal het daarmee eens zijn. Deze hervormingen zijn evenwel noodzakelijk om de gezondheidszorgsector overeind te houden. Aangezien dat niet is gebeurd in tijden van betere budgettaire tijden staat het aan de minister haar verantwoordelijkheid te nemen. Bovendien krijgt de sector dit jaar 586 miljoen euro meer dan de vorige jaren; dat is het bewijs dat het budget nog steeds toeneemt, in tegenstelling tot wat sommige leden beweren.

Met betrekking tot fibromyalgie geeft de minister aan dat de beweringen van een lid volgens haar niet stroken met de gegeven antwoorden. De maatregelen werden uitgewerkt op grond van talrijke onderzoeken ter zake. Bovendien heeft de Federale Raad voor de Kinesithérapie deze maatregelen aanbevolen op basis van adviezen van alle Belgische universiteiten. De minister heeft de aanbevelingen van de Raad gevolgd op basis van de manier waarop die tewerk is gegaan bij het uitwerken van zijn voorstellen.

En ce qui concerne les objectifs budgétaires, ces derniers sont calculés en fonction de la date de l'entrée en vigueur des mesures. Ainsi, les mesures devant entrer en vigueur à une date ultérieure à l'année pour laquelle le budget a été établi ne sont pas reprises dans le calcul budgétaire de ladite année. Dans son avis, la Cour des comptes ne formule d'ailleurs que très peu de remarques à propos de la section correspondante au budget ici étudiée. La Cour des comptes recommande toutefois de tenir compte de l'étalement des dates d'entrée en vigueur des mesures lors des calculs budgétaires. L'intervenante en tiendra compte.

La loi relative aux droits des patients nécessite encore des discussions. Bien que la loi ait été votée en 2002, elle reste méconnue par nombre de patients en 2016. Ce n'est pourtant pas faute d'en avoir fait la promotion par le biais de campagne à cet effet.

Dans le cadre du calcul budgétaire de l'implication des mesures, l'échéancier a été pris en compte. Les entrées en vigueur des mesures d'économie n'ont pas échappé au calcul.

En matière d'antiacides et du syndrome de Zollinger Ellison plus particulièrement, il s'agit d'un petit groupe de patients. Pour le syndrome de Barrett, les exceptions font encore l'objet d'études.

Étant donné l'importance de son portefeuille ministériel et sa vision politique libérale, l'intervenante se doit de rechercher les meilleures solutions à l'élaboration d'un budget sain, ce qui explique la nécessité des mesures d'économies. Tout le monde n'y souscrira pas. Ces réformes sont toutefois indispensables afin d'assurer la pérennité du secteur des soins de santé. Comme cela n'a pas été fait en des temps budgétaires plus cléments, il revient à l'intervenante de prendre ses responsabilités. De plus, la somme allouée au secteur cette année est supérieure de 586 millions d'euros par rapport aux années précédentes, ce qui prouve que le budget continue d'augmenter contrairement aux affirmations de certains membres.

Concernant la fibromyalgie, les déclarations d'un membre ne lui semblent pas correspondre aux réponses données. Les mesures ont été élaborées sur la base de nombreuses études sur le sujet. De plus, le Conseil fédéral de la kinésithérapie a recommandé ces mesures sur la base d'avis provenant de toutes les universités belges. La ministre a suivi les recommandations du Conseil en raison de la manière selon laquelle ce dernier a procédé dans le cadre de l'élaboration de ses propositions.

Uit het rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat men er goed aan heeft gedaan het aantal kinesessies voor patiënten met fibromyalgie terug te schroeven. Wanneer de patiënt alle achttien sessies achter de rug heeft, kunnen nog meer sessies worden voorgeschreven. Aldus zal de patiënt beter worden opgevolgd en zal zijn toestand na die 18 sessies worden geëvalueerd. Bovendien zullen de patiënten die nog onder de vroegere regeling van 60 sessies ressorteren, nog altijd aanspraak kunnen maken op de terugbetaling ervan. De maatregel tot beperking van het aantal sessies voor fibromyalgiepatiënten werd ingegeven door de gangbare praktijken in het buitenland.

De aantijging dat de geplande maatregelen de gezondheidszorgsector verzwakken, klopt niet. Er komen nu immers méér pathologieën in aanmerking voor de terugbetaling van de behandeling, zoals hepatitis C, hiv en bepaalde vormen van diabetes, alsook de medische behandeling van transgenders. Ook in de sector van de logopedie werd geïnvesteerd, net zoals in de immunotherapie.

Bij de raadpleging van de vakbonden wordt rekening gehouden met het advies van alle erkende representatieve verenigingen. In dit verband kwamen de negatieve opmerkingen echter vooral van de BVAS.

Bij de implementering van het *Health Care Assistant-statuut* zal worden gefocust op twee aspecten: de bevoegdheden van de beoefenaars van de verpleegkunde en de herwaardering van de loonschalen van de zorgkundigen. Deze beide aspecten gaan voor op de bespreking van het *Health Care Assistant-statuut*. De minister is van plan een raamwerk in te stellen dat strookt met de Europese regelgeving. Voor de beoefenaars van de verpleegkunde hebben immers, net zoals voor de zorgkundigen, is immers een zeer belangrijke taak in de gezondheidszorgsector weggelegd.

Om het probleem van de dubbele cohorte weg te werken, werden een aantal voorstellen geformuleerd op basis van cijferanalyses van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Voordat de ziekenhuizen en de stagediensten individueel over die voorstellen zullen worden geraadpleegd, zullen ze moeten worden voorgelegd aan de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en van huisartsen. De voorstellen kunnen pas ten uitvoer worden gelegd nadat een consensus daarover is bereikt.

Nadien moeten alle actoren van de sector bij de zaak worden betrokken en moeten zij meewerken om de capaciteit tijdelijk te verhogen, evenwel zonder dat de

Le rapport du Centre fédéral d'expertise des Soins de santé démontre le bien fondé de la mesure de réduction des séances de kinésithérapie pour les patients fibromyalgiques. Une fois que le patient a effectué l'ensemble de ses 18 séances, le nombre de séances peut être allongé. Le patient sera ainsi mieux suivi et bénéficiera d'une évaluation à la fin des 18 séances. En outre, les patients se trouvant encore dans l'ancien système des 60 séances auront toujours droit au remboursement de ces séances. La mesure concernant la fibromyalgie a été envisagée par rapport aux pratiques internationales.

L'allégation suivant laquelle le secteur des soins de santé sortirait affaibli ne peut être suivie. Les remboursements de traitement ont en effet été élargis à des pathologies supplémentaires, telles que l'hépatite C, le VIH et certain type de diabète, ainsi qu'au traitement médical des personnes transgenres. Des investissements ont également été réalisés dans le secteur de la logopédie. L'immunothérapie a elle aussi bénéficié d'investissements.

La consultation des syndicats se déroule en prenant en compte de l'avis de tous les groupes représentatifs reconnus. Cependant, ici, les remarques négatives émanaient principalement de l'ABSyM.

L'implémentation du statut de *Health Care Assistant* se concentrera sur deux aspects: les attributions des praticiens de l'art infirmier et la revalorisation des barèmes pour les aides-soignants. La discussion du statut de *Health Care Assistant* est sous-jacente à ces aspects. La ministre entend établir un cadre conforme au niveau européen. Les praticiens de l'art infirmiers exercent en effet des tâches très importantes dans le secteur des soins de santé, à l'instar des aides-soignants.

Pour faire face au problème posé par la double cohorte, une série de propositions ont été formulées sur la base d'analyses chiffrées du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Préalablement à la consultation individuelle des hôpitaux et services de stage, ces propositions devront être soumises au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. La concrétisation des propositions pourra uniquement intervenir après l'aboutissement à un consensus.

Par la suite, le moment sera venu d'impliquer tous les acteurs du secteur et de solliciter leur collaboration dans l'optique d'une augmentation temporaire des capacités,

kwaliteit eronder lijdt. In dat verband zullen alle partijen blijf moeten geven van goede wil. De dubbele cohorte blijft een moeilijk dossier omdat de duur van de opleiding tot huisarts werd teruggebracht van drie naar twee jaar. Het ligt in de bedoeling te voorkomen dat de afgestudeerden moeten vechten voor een plaats.

*
* *

Mevrouw Véronique Caprasse (DéFI) houdt vol dat de antwoorden van de minister niet voldoen.

III. — STEMMING

Met 9 tegen 5 stemmen brengt de commissie een gunstig advies uit over sectie 25 – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, partim Volksgezondheid, van het wetsontwerp houdende algemene uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2017, alsmede over de daarop betrekking hebbende verantwoording en beleidsnota.

De rapporteur,

Daniel SENESAEL

De voorzitter,

Muriel GERKENS

sans toutefois que la qualité ne s'en ressente. Pour ce faire, il est impératif que toutes les parties fassent preuve de bonne volonté. La double cohorte demeure un dossier difficile en raison de la réduction du temps de formation de 3 à 2 ans pour devenir médecin généraliste. L'objectif est d'éviter que les diplômés doivent se battre pour obtenir une place.

*
* *

Mme Véronique Caprasse (DéFI) maintient que les réponses de la ministre sont insuffisantes.

III. — VOTE

Par 9 voix contre 5, la commission émet un avis favorable sur la section 25 – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, partim Santé publique, du projet de loi contenant le budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2017, ainsi que sur la justification et la note de politique générale y afférentes.

Le rapporteur,

Daniel SENESAEL

La présidente,

Muriel GERKENS