



BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

## BEKNOPT VERSLAG

## COMPTE RENDU ANALYTIQUE

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU DE LA  
SOCIÉTÉ

**Woensdag**

**24-05-2017**

**Voormiddag**

**Mercredi**

**24-05-2017**

**Matin**

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

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		Abréviations dans la numérotation des publications :	
DOC 54 0000/000	Parlementair stuk van de 54 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 54 0000/000	Document parlementaire de la 54 <sup>e</sup> 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 (groene kaft)	CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)
CRABV	Beknopt Verslag (witte kaft)	CRABV	Compte Rendu Analytique (couverture blanche)
CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (witte kaft)	CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (couverture blanche)
PLEN	Plenum	PLEN	Séance plénière
COM	Commissievergadering	COM	Réunion de commission
MOT	Moties tot besluit van interpellaties (op beigeleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<p>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</p> <p>Bestellingen :</p> <p>Natieplein 2 1008 Brussel Tel. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.dekamer.be e-mail : publicaties@dekamer.be</p>	<p>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</p> <p>Commandes :</p> <p>Place de la Nation 2 1008 Bruxelles Tél. : 02/ 549 81 60 Fax : 02/549 82 74 www.lachambre.be e-mail : publications@lachambre.be</p>
--	--

## INHOUD

Interpellatie van mevrouw Laurette Onkelinx tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het blokkeren van de dossiers van buitenlandse beursstudenten in de geneeskunde" (nr. 209)

*Sprekers:* **Laurette Onkelinx**, voorzitter van de PS-fractie, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

*Moties*

Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig voorschrijven van slaapmiddelen" (nr. 17955)

*Sprekers:* **Daniel Senesael**, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hygiënische normen in ziekenhuizen" (nr. 17987)

*Sprekers:* **Daniel Senesael**, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de steun aan de slachtoffers van terrorisme" (nr. 18087)

*Sprekers:* **Catherine Fonck**, voorzitter van de cdH-fractie, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van klinische tests" (nr. 18200)

*Sprekers:* **Kattrin Jadin**, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van medicijnen" (nr. 18218)

- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de juridische haalbaarheid van het kiwimodel in België" (nr. 18414)

*Sprekers:* **Karin Jiroflée**, **Raoul Hedebouw**, **Maggie De Block**, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

## SOMMAIRE

Interpellation de Mme Laurette Onkelinx à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le blocage des dossiers des étudiants boursiers étrangers en médecine" (n° 209)

*Orateurs:* **Laurette Onkelinx**, présidente du groupe PS, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

*Motions*

Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription abusive de somnifères" (n° 17955)

*Orateurs:* **Daniel Senesael**, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes d'hygiène en milieu hospitalier" (n° 17987)

*Orateurs:* **Daniel Senesael**, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien apporté aux victimes de terrorisme" (n° 18087)

*Orateurs:* **Catherine Fonck**, présidente du groupe cdH, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques des essais cliniques" (n° 18200)

*Orateurs:* **Kattrin Jadin**, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des médicaments" (n° 18218)

- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la faisabilité juridique du modèle kiwi en Belgique" (n° 18414)

*Orateurs:* **Karin Jiroflée**, **Raoul Hedebouw**, **Maggie De Block**, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur

over "de kwaliteitspremie toegekend aan kinesisten" (nr. 18260) <i>Sprekers: Nathalie Muylle, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		"la prime de qualité accordée aux kinésithérapeutes" (n° 18260) <i>Orateurs: Nathalie Muylle, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	15	Questions jointes de	15
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een hospitalisatie in Nederland" (nr. 18296)	15	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'une hospitalisation aux Pays-Bas" (n° 18296)	15
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grenszorg en de stopzetting van de samenwerkingsakkoorden met Nederland" (nr. 18300) <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	15	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé transfrontaliers et la suspension des accords de coopération avec les Pays-Bas" (n° 18300) <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	15
Samengevoegde vragen van	17	Questions jointes de	17
- mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18228)	17	- Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons hygiéniques" (n° 18228)	17
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18231)	17	- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons" (n° 18231)	17
- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verband tussen het toxic shock syndrome en tampons" (nr. 18341)	17	- Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre les chocs toxiques et les tampons hygiéniques" (n° 18341)	17
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18755) <i>Sprekers: Nawal Ben Hamou, Catherine Fonck,</i> voorzitter van de cdH-fractie, <i>Katrin Jadin, Muriel Gerkens, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	17	- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons périodiques" (n° 18755) <i>Orateurs: Nawal Ben Hamou, Catherine Fonck,</i> présidente du groupe cdH, <i>Katrin Jadin, Muriel Gerkens, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	17
Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gegevens van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (nr. 18232) <i>Sprekers: Catherine Fonck,</i> voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	21	Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les données de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (n° 18232) <i>Orateurs: Catherine Fonck,</i> présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	21
Samengevoegde vragen van	22	Questions jointes de	22
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de concrete uitwerking van de rationalisering van het gebruik van maagzuurremmers" (nr. 18297)	22	- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités concrètes de la rationalisation de la consommation des anti-ulcéreux gastriques"	22

(n° 18297)

<p>- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van maagzuurremmers bij Barrett" (nr. 18583)  <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	22	<p>- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des anti-ulcéreux gastriques en cas d'oesophage de Barrett" (n° 18583)  <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	22
<p>Samengevoegde vragen van</p>	25	<p>Questions jointes de</p>	25
<p>- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen" (nr. 18309)</p>	25	<p>- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments" (n° 18309)</p>	25
<p>- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van antibiotica" (nr. 18361)</p>	25	<p>- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des antibiotiques" (n° 18361)</p>	25
<p>- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijzen van antibiotica" (nr. 18773)  <i>Sprekers: Nathalie Muylle, Anne Dedry, Raoul Hedebouw, Maggie De Block</i>, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</p>	25	<p>- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prix des antibiotiques" (n° 18773)  <i>Orateurs: Nathalie Muylle, Anne Dedry, Raoul Hedebouw, Maggie De Block</i>, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</p>	25



COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 24 MEI 2017

Voormiddag

COMMISSION DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE, DE  
L'ENVIRONNEMENT ET DU  
RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ

du

MERCREDI 24 MAI 2017

Matin

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 17 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

**01** Interpellatie van mevrouw Laurette Onkelinx tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het blokkeren van de dossiers van buitenlandse beursstudenten in de geneeskunde" (nr. 209)

**01** Interpellation de Mme Laurette Onkelinx à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le blocage des dossiers des étudiants boursiers étrangers en médecine" (n° 209)

**01.01** Laurette Onkelinx (PS): Uw standpunt over de 150 beursstudenten uit de ontwikkelingslanden die zich gedurende een jaar in onze universitaire ziekenhuizen komen specialiseren lijkt in gunstige zin geëvolueerd te zijn. U hebt de ongerustheid van de medische verantwoordelijken die vreesden dat die buitenlanders voor de stageplaatsen in concurrentie zouden treden met de Belgische studenten kunnen stillen. Kunt u bevestigen dat al die aanvragen goedgekeurd zullen worden? Die noord-zuid samenwerking is erg belangrijk.

**01.01** Laurette Onkelinx (PS): Votre avis semble avoir évolué favorablement au sujet des 150 étudiants boursiers issus des pays en voie de développement qui viennent se spécialiser pendant un an dans nos hôpitaux universitaires. Vous avez apaisé les responsables de médecine qui craignaient la concurrence avec les étudiants belges pour les places de stage. Confirmez-vous que tous ces dossiers de demande seront acceptés? Cette coopération nord-sud est essentielle.

Wat de dubbele cohorte betreft, zullen er eerlang ongeveer 2.000 studenten uit de Franse Gemeenschap een specialisatie moeten kiezen. Met name wegens geldgebrek zullen er te weinig stageplaatsen zijn. Hoe zult u ervoor zorgen dat die studenten hun opleiding kunnen voltooien?

Sur la double cohorte, quelques 2 000 étudiants en Fédération Wallonie-Bruxelles devront bientôt choisir une spécialisation. Par manque de fonds notamment, il manquera des places de stage. Comment allez-vous assurer que ces étudiants puissent parfaire leur formation?

Hoever staan de gesprekken met de deelgebieden en de vertegenwoordigers van de universiteiten? Wanneer mogen we concrete maatregelen verwachten? Zullen er financiële middelen worden uitgetrokken?

Où en sont les discussions avec les entités fédérées et les représentants des universités? Quand des mesures se concrétiseront-elles? Un budget sera-t-il dégagé?

**01.02** Minister Maggie De Block (Frans): Twee

**01.02** Maggie De Block, ministre (en français): Il y

weken geleden heb ik al geantwoord op vergelijkbare vragen van Mevrouw Fonck en Mevrouw Gerkens. Mijn antwoord nu is daarop dus een aanvulling.

Artikel 146 regelt de instroom van artsen van buiten de EU die een beroepsstage wensen te volgen. Een uitzonderingsregeling ontheft hen van de visumverplichting en de verplichte inschrijving bij de Orde der artsen. De dienst gaat na of de dossiers ontvankelijk zijn en stuurt ze voor advies naar de Nederlandstalige of Franstalige koninklijke academie voor geneeskunde. Als het advies positief is, dan wordt er een document aan de aanvragende dienst en aan de betrokkene bezorgd. Alle dossiers die u vermeldt, hebben die procedure doorlopen.

De dossiers van 2016 en 2017 worden aan een gedetailleerde analyse onderworpen, want in de Franse Gemeenschap werden er bijna 400 dossiers ingediend. In 2017 hebben de Franstalige universiteitsdiensten 220 dossiers ontvangen, tegenover 5 in Vlaanderen. Dat een groot aantal aanvragen uit Franstalige landen komt, verklaart dat verschil.

Deze analyse wordt vervolgens in de erkende stagediensten waar stages in het gedrang komen – gezien het grote aantal specialisten in opleiding – gerechtvaardigd door het fenomeen van dubbele cohorte.

Om dit te compenseren, moet er in 2018 in bijkomende stageplaatsen voorzien worden. Ik maak mij grote zorgen over de grote toestroom van fellows die buiten de bestaande quota opgeleid worden.

Artikel 166 is geen absoluut recht, maar een mogelijkheid. Ik wil de kwaliteit van de stages van elkeen garanderen. Als er teveel stageplaatsen zijn binnen een dienst is dat niet bevorderlijk voor het opdoen van voldoende professionele ervaring.

Het aantal tandartsen en apothekers ligt vrij laag, maar er zijn veel artsen en hun aantal blijft toenemen. In 2016 waren er 5 in Vlaanderen en 217 in Franstalig België.

Zonder toelatingsexamen is er een dubbele cohorte in de Franse Gemeenschap en zijn er 1.400 bijkomende stageplaatsen nodig, in vergelijking met 400 in de Vlaamse Gemeenschap. We hebben bepaalde maatregelen genomen, maar om andere oplossingen te bestuderen, moeten we weten hoeveel stageplaatsen de Franstalige decanen dit jaar aanbieden. We wachten nog op hun antwoord.

a deux semaines, j'ai répondu à des questions similaires de Mmes Fonck et Gerkens. Ma réponse sera donc complémentaire.

L'article 146 régit l'afflux de médecins qui souhaitent suivre un stage professionnel. Un régime d'exception les dispense de l'obligation de détenir un visa et d'être inscrit à l'Ordre des médecins. Le service contrôle la recevabilité des dossiers et les transmet à l'Académie royale francophone ou néerlandophone pour avis. S'il est favorable, un document est fourni au service demandeur et à l'intéressé. Les dossiers que vous évoquez ont tous suivi cette procédure.

Les dossiers de 2016 et 2017 sont analysés en détail car près de 400 dossiers ont été introduits en Communauté française. En 2017, les services universitaires francophones ont reçu 220 dossiers, contre 5 en Flandre. Cet écart est dû au nombre important de demandes provenant de pays francophones.

Ensuite, cette analyse se justifie dans des services de stage agréés où les stages sont mis en péril, vu le grand nombre de spécialistes en formation, par le phénomène de double cohorte.

Pour compenser celle-ci, il est nécessaire de prévoir des places de stages supplémentaires dès 2018. Je m'inquiète donc de l'afflux de *fellows* formés en dehors des quotas existants.

L'article 166 n'est pas un droit absolu mais une facilité. Je souhaite garantir la qualité des stages de chacun. Trop de stages au sein d'un service n'est pas bénéfique pour assurer une expérience professionnelle suffisante.

Le nombre de dentistes et pharmaciens est négligeable mais celui des médecins est très élevé et en progression. En 2016, il y en avait 5 en Flandre et 217 en région francophone.

Sans examen d'entrée, il y a une double cohorte en Communauté française et il faudra 1 400 places de stages supplémentaires contre 400 en Communauté flamande. Nous avons pris certaines mesures mais pour examiner d'autres pistes, nous devons connaître le nombre de places de stage que les doyens francophones offrent cette année. Ils ne nous ont pas encore répondu.



Buitenlandse studenten nemen 200 stageplaatsen in. De mobiliteit van de studenten is inderdaad belangrijk, maar niet iedereen heeft de middelen om in het buitenland te wonen. Ik wil niet dat onze studenten gestraft worden omdat een te groot aantal stageplaatsen door buitenlandse studenten wordt bezet.

Ik sta open voor alle voorstellen. Er moet een oplossing gevonden worden voor het probleem van de dubbele cohorte om te voorkomen dat onze studenten geen stageplaats vinden. Men heeft het altijd over 2018, maar dezelfde problemen zullen zich de komende vijf of zes jaar voordoen.

De FOD had voor alle in het kader van artikel 164 ingediende dossiers al een brief verstuurd met de mededeling dat de toestemming werd verleend. Ik streef voor de toekomst naar een redelijke verhouding tussen de beursstudenten en de Belgische studenten.

**01.03 Laurette Onkelinx (PS):** Ik vind het belangrijk dat die samenwerking wordt voortgezet. Ik deel uw mening: men moet de buitenlandse beursstudenten een degelijke opleiding bieden, maar er moet sprake zijn van een redelijke verhouding. Er moet dus een omstandige analyse van de mogelijkheden worden gemaakt.

Welk budget stelt u voorop zodra u de informatie betreffende de dubbele cohorte ontvangen hebt van de decanen?

**01.04 Minister Maggie De Block (Frans):** Ondanks onze aanmaningen heeft het RIZIV geen gebruik gemaakt van het toegekende budget van 10 miljoen euro, dat daartoe werd geormerkt op de begroting van dit jaar. Voor het overige hebben we de cijfers van de decanen nodig om het kostenplaatje van de dubbele cohorte te evalueren.

**01.05 Laurette Onkelinx (PS):** Natuurlijk.

Ik dien een positieve motie in om de nodige budgetten vrij te maken en de samenwerking met de beursstudenten voort te zetten.

### **Moties**

De **voorzitter:** Tot besluit van deze bespreking werd volgende motie ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Laurette Onkelinx en luidt als volgt:

'De Kamer,

Les étudiants étrangers occupent 200 places. Certes la mobilité des étudiants est importante mais il faut aussi avoir les moyens pour vivre à l'étranger, ce n'est pas ouvert à tous. Je ne veux pas que nos étudiants soient pénalisés par un trop grand nombre d'étudiants étrangers dans les stages.

Je suis ouverte à toutes les propositions. Il faut trouver une solution au problème de la double cohorte qui évite de laisser nos étudiants sur le carreau. On parle toujours de 2018 mais les mêmes problèmes se présenteront durant les cinq ou six années à venir.

Le SPI avait déjà envoyé une lettre d'accord pour tous les dossiers de l'article 164. Je veux une juste proportionnalité entre ces étudiants et les étudiants belges pour le futur.

**01.03 Laurette Onkelinx (PS):** J'estime important qu'on poursuive ce partenariat. Je partage votre avis: il faut offrir une formation de qualité aux étudiants étrangers mais que leur nombre soit raisonnablement proportionnel. Ainsi, une analyse détaillée des possibilités doit être faite.

Une fois que vous aurez reçu les informations des doyens liés à la double cohorte, quel budget est-il prévu?

**01.04 Maggie De Block, ministre (en français):** Dix millions, inscrits au budget de cette année, vont à l'INAMI, qui ne les a pas utilisés malgré nos injonctions. Pour le reste, nous avons besoin des chiffres des doyens pour évaluer les coûts de la double cohorte.

**01.05 Laurette Onkelinx (PS):** Bien sûr.

Je dépose une motion positive pour que l'on dégage les budgets nécessaires et qu'on continue la coopération avec les étudiants boursiers.

### **Motions**

La **présidente:** En conclusion de cette discussion la motion suivante a été déposée.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Laurette Onkelinx et est libellée comme suit:

"La Chambre,

gehoord de interpellatie van mevrouw Laurette Onkelinx

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

verzoekt de regering

- alle aanvragen van beursstudenten geneeskunde uit ontwikkelingslanden positief te beantwoorden om hun deskundigheid in ons land op peil te brengen en zo te kunnen bijdragen tot de verbetering van de gezondheidszorg in hun land van herkomst;  
- de nodige budgetten uit te trekken en spoedig oplossingen aan te dragen om de toekomst van alle studenten geneeskunde veilig te stellen door hun goede stageplaatsen te waarborgen, in permanent overleg met de deelgebieden en de vertegenwoordigers van de universiteiten en de studenten.'

Over de motie zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

**02** Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het overmatig voorschrijven van slaapmiddelen" (nr. 17955)

**02.01** Daniel Senesael (PS): Volgens een onderzoek van Test-Aankoop zou 69% van de artsen reeds bij de eerste consultatie slaapmiddelen voorschrijven, hoewel dit pas als laatste hulpmiddel wordt aangeraden. Hoewel de bezochte artsen eerst de oorzaken van de slapeloosheid hebben onderzocht, hebben ze niet steeds adviezen verstrekt om de patiënt te helpen en het voorschrijven van geneesmiddelen te vermijden. Slechts een minderheid van de artsen gaf aan dat de behandeling slechts een tot twee weken mocht duren bij een zo laag mogelijke dosis en waarschuwde voor de mentale of fysieke afhankelijkheid.

Wat is uw standpunt hierover? Zult u maatregelen nemen om het voorschrijven van slaapmiddelen te beperken? Heeft de FOD gegevens over de evolutie van dit voorschrijfgedrag?

Volgens Test-Aankoop zou de farmaceutische industrie kleinere verpakkingen moeten aanbieden om chronisch gebruik te voorkomen. Wat denk u daarvan? Zult u contact opnemen met die industrie?

**02.02** Minister Maggie De Block (Frans): Ik heb kennis genomen van dat onderzoek. Het

ayant entendu l'interpellation de Mme Laurette Onkelinx

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

demande au gouvernement

- de continuer à répondre favorablement à l'ensemble des étudiants boursiers en médecine provenant de pays en voie de développement afin de renforcer leur expertise dans notre pays et pouvoir ainsi contribuer à l'amélioration des soins de santé dans leur pays d'origine;  
- de dégager les budgets nécessaires et de mettre rapidement sur la table des solutions afin d'assurer l'avenir de l'ensemble des étudiants en médecine en leur garantissant des places de stage de qualité en maintenant une concertation permanente avec les entités fédérées mais aussi avec les représentants des universités et des étudiants."

Le vote sur la motion aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

**02** Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription abusive de somnifères" (n° 17955)

**02.01** Daniel Senesael (PS): Selon une enquête de Test-Achats, 69 % des médecins prescriraient des somnifères dès la première consultation alors que cela n'est conseillé qu'en dernier recours. Si les médecins visités ont d'abord cherché les causes des insomnies, ils n'ont pas toujours fourni de conseils pour aider le patient et éviter la prescription de médicaments. Seule une minorité de médecins a indiqué qu'il ne fallait pas dépasser une à deux semaines de traitement à une dose aussi faible que possible et averti de la dépendance mentale ou physique.

Quel est votre point de vue? Des mesures sont-elles envisagées pour limiter la prescription de somnifères? Le SPF dispose-t-il de données sur l'évolution de cette prescription?

Selon Test-Achats, l'industrie pharmaceutique devrait proposer de plus petits conditionnements pour éviter une utilisation chronique. Qu'en pensez-vous? Des contacts sont-ils envisagés?

**02.02** Maggie De Block, ministre (en français): J'ai pris connaissance de cette enquête. Le problème

beschreven probleem is bekend. Ik volg dit probleem via het platform BelPEP (Belgian Psychotropics Experts Platform) en ik investeer in de sensibilisering van de artsen.

De artsen en apothekers ontvangen een handleiding in verband met het adequaat voorschrijven van benzodiazepinen en er worden online- en face-to-faceopleidingen aangeboden. Er zal een grootschalige communicatiecampagne op touw gezet worden om die hulpmiddelen onder de aandacht te brengen.

Aangezien de deelgebieden hiervoor ook bevoegd zijn, heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid zich ertoe verbonden een gemeenschappelijk beleid te ontwikkelen. Mijn diensten zullen besprekingen met de kabinetten organiseren om – dat hoop ik toch – synergieën tot stand te brengen.

De beroepsvereniging van apothekers beschikt over de cijfers betreffende de verkoop van benzodiazepinen. De FOD buigt zich, samen met het RIZIV en BelPEP, over de mogelijkheden om het gebruik van psychoactieve medicatie te monitoren.

Bij de evaluatie van de aanvragen voor een vergunning voor het op de markt brengen gaat het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten na of de verpakkingen stroken met de dosering en de duur van de behandeling, maar de firma beslist uiteindelijk welke verpakkingen op de markt worden gebracht. Er zijn maar weinig wettelijke middelen om te eisen dat er kleinere verpakkingen op de markt worden gebracht.

Slaapmiddelen worden reeds in kleinere dosissen verkocht, maar sommige patiënten bevoorraden zich bij meerdere apothekers. We hebben geen wettelijke middelen om dit gedrag te bestrijden.

**02.03 Daniel Senesael (PS):** Er wordt blijkbaar rekening gehouden met het probleem, maar het verbaast mij dat er onvoldoende wettelijke middelen zijn. We zullen de kwestie onderzoeken om een oplossing aan te reiken.

*Het incident is gesloten.*

**03 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hygiënische normen in ziekenhuizen" (nr. 17987)**

**03.01 Daniel Senesael (PS):** Volgens een studie

décrit est connu. Je suis le problème via la plateforme BelPEP (Belgian Psychotropics Experts Platform) et j'investis dans la sensibilisation des médecins.

Un manuel d'aide pour une prescription adéquate est diffusée aux médecins et aux pharmaciens; des formations *e-learning* ou *face-to-face* sont proposées. Une campagne de communication à grande échelle va diffuser ces outils.

Les entités fédérées étant également compétentes, la Conférence interministérielle Santé publique s'est engagée à élaborer une politique commune. Mes services vont organiser des discussions avec les cabinets afin, je l'espère, d'aboutir à des synergies.

L'Association des pharmaciens dispose des chiffres de vente de benzodiazépines. Le SPF étudie, en collaboration avec l'INAMI et BelPEP, les possibilités de réaliser un monitoring de l'utilisation des psychotropes.

Lors de l'évaluation des demandes de mise sur le marché, l'Agence des médicaments et des produits de santé vérifie que les conditionnements correspondent à la posologie et la durée de traitement mais le choix revient en dernier ressort à la firme. Peu de moyens légaux permettent d'exiger des conditionnements plus petits.

Les dosages de somnifères ont déjà été réduits mais certains patients ont plusieurs pharmaciens pour se fournir. Nous n'avons pas de moyens légaux pour lutter contre cela.

**02.03 Daniel Senesael (PS):** Même si le problème semble pris en compte, l'insuffisance des moyens légaux m'interpelle. Nous allons examiner la question pour y apporter une solution.

*L'incident est clos.*

**03 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes d'hygiène en milieu hospitalier" (n° 17987)**

**03.01 Daniel Senesael (PS):** Selon une étude du

van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) uit 2009 lopen jaarlijks 103.000 patiënten een ziekenhuisinfectie op in de Belgische ziekenhuizen. Uit de monitoring van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding van 2014 blijkt dat de Belgische ziekenhuizen de slechte leerlingen van de klas zijn, vermits 7,1% van de patiënten een infectie oploopt tijdens een ziekenhuisverblijf, terwijl het Europese gemiddelde 3,5% bedraagt. De gebrekkige handhygiëne van het verzorgend personeel zou de grote boosdoener zijn. Niet alle ziekenhuizen doen dezelfde inspanningen om die infecties te voorkomen. Het infectiepercentage kan, afhankelijk van het ziekenhuis, schommelen tussen 4 en 10%.

De huidige resultaten leveren een vertekend beeld op: de voor de studie benodigde gegevens werden door de ziekenhuizen zelf aangeleverd en werden niet gecontroleerd door een extern orgaan; met de gehanteerde parameters kan niet gemeten worden welke zorg er precies verstrekt wordt in het ziekenhuis.

Om ziekenhuisinfecties doeltreffend te bestrijden, moet men zich baseren op betrouwbare en bijgewerkte gegevens. De ziekenhuizen zijn echter niet verplicht om de in hun instelling vastgestelde infecties te melden. Klopt dat? Zou men de ziekenhuizen daar niet toe moeten verplichten, zoals in Frankrijk?

De inspanningen op het stuk van preventie kunnen alleen maar gemeten worden aan de hand van de door de ziekenhuizen verstrekte indicatoren. Bent u voorstander van een externe kwaliteitscontrole, zoals in het verslag van het WIV wordt geadviseerd?

**03.02** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De verplichtingen van de ziekenhuizen inzake het toezicht op de ziekenhuisinfecties zijn bij koninklijk besluit vastgelegd. Er zijn verschillende redenen waarom niet alle ziekenhuisinfecties moeten worden gemeld. Aangezien er heel veel verschillende ziekenhuisinfecties zijn, kan er nuttige informatie worden afgeleid uit een staal.

De monitoringprotocollen zijn zo opgesteld dat de belangrijkste problemen gedurende een minimumperiode worden gemeten, waarna de resultaten naar het nationale niveau worden geëxtrapoleerd.

Soms is het onmogelijk om de oorsprong van de infectie te bepalen of om na te gaan in welke mate ze door het ziekenhuis had kunnen worden voorkomen. Slechts 30% van de infecties kan

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) de 2009, 103 000 patients par an sont victimes d'une infection nosocomiale dans les hôpitaux belges. Selon un rapport de surveillance du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies de 2014, les hôpitaux belges sont de mauvais élèves en la matière avec 7,1 % des patients contractant une infection lors d'un séjour à l'hôpital, alors que la moyenne européenne est de 3,5 %. La cause principale d'infection serait une hygiène des mains insuffisante du personnel soignant. Tous les hôpitaux ne fournissent pas les mêmes efforts pour prévenir ces infections. Le chiffre des infections peut varier entre 4 et 10 % selon les hôpitaux.

La présentation actuelle des résultats fournit une image tronquée: les données nécessaires à l'enquête ont été transmises par les hôpitaux eux-mêmes et n'ont pas été vérifiées par un organisme externe; les paramètres pris en compte ne mesurent pas les soins concrets administrés à l'hôpital.

Afin de lutter efficacement contre les maladies nosocomiales, il faut se baser sur des données fiables et mises à jour. Or il n'y a pas d'obligation pour les hôpitaux de déclarer les infections détectées dans leur établissement. Est-ce vrai? Ne faudrait-il pas les y contraindre, comme cela se fait en France?

Les efforts de prévention ne se mesurent que sur la base d'indicateurs fournis par les hôpitaux. Seriez-vous favorable à un contrôle de qualité externe, comme le recommande le rapport de l'ISP?

**03.02** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Les obligations des hôpitaux en matière de surveillance des infections associées aux soins sont définies par arrêté royal. Il ne faut pas toutes les déclarer pour plusieurs raisons. Leur nombre étant élevé, une information utile peut être obtenue à partir d'un échantillon.

Les protocoles de surveillance sont établis pour mesurer les problèmes les plus importants et pour une période minimale à partir de laquelle sont extrapolés des résultats au niveau national.

Il est parfois impossible de déterminer l'origine de l'infection et dans quelle mesure elle aurait pu être évitée par l'hôpital. Seules 30 % des infections sont évitables mais celles-ci ne sont pas identifiables

worden voorkomen, maar het is onmogelijk om die te identificeren in de volledige verzameling van gegevens. Het infectiepercentage is slechts een van de indicatoren voor de kwaliteit van de strijd tegen de ziekenhuisinfectie en van de mate waarin het ziekenhuis zich daarvoor inzet. De andere indicatoren die de ziekenhuizen meedelen, zijn minstens even veelzeggend, zometer veelzeggender.

De FOD Volksgezondheid baseert zich ter zake op een langetermijnvisie, die stoelt op een programma voor de continue verbetering van de preventie van infecties, met indicatoren die regelmatig worden herzien en die aan de doelstellingen worden aangepast.

De door de ziekenhuizen meegeleverde gegevens worden beschouwd als een instrument om te sensibiliseren en om de praktijken te verbeteren en als een boordtabel voor de volksgezondheidsautoriteiten. De vergelijking tussen ziekenhuizen zou relevanter zijn indien hun betrouwbaarheid door een externe kwaliteitscontrole zou worden versterkt. Dit zou kunnen worden opgelost door een versterkte samenwerking inzake inspectie en controle tussen de administraties van de gezondheidszorg.

**03.03 Daniel Senesael (PS):** Tijdens een bezoek aan ziekenhuizen in Roubaix en Rijsel heb ik vastgesteld dat men daar in staat was om de oorsprong van de infectie vast te stellen, terwijl u zegt dat het moeilijk is om vast te stellen of het over een ziekenhuisinfectie gaat. Waarom zou men in België niet kunnen wat men in Frankrijk wel kan?

Waar wacht u, gelet op de 384 miljoen euro aan bijkomende uitgaven, de 2.600 sterfgevallen en de 720.000 ligdagen, nog op om de controles te intensiveren en specifieke oplossingen aan te reiken?

**03.04 Minister Maggie De Block (Frans):** Uw cijfers zijn afkomstig uit de KCE-studie van 2009.

**03.05 Daniel Senesael (PS):** De studie van het WIV dateert van 2015!

**03.06 Minister Maggie De Block (Frans):** Sommige ziekenhuizen zijn goede leerlingen en andere hebben nog werk voor de boeg.

Wij willen dat de situatie overal verbetert, maar de problemen in een aantal ziekenhuizen vertekenen de cijfers. Ook ik zal vragen hoe het komt dat wat elders mogelijk is bij ons niet kan. Men zou moeten nagaan of de ziekenhuizen die u heeft bezocht een

dans la collecte exhaustive de données. Le taux d'infection n'est qu'un indicateur parmi d'autres de la qualité de la lutte contre l'infection et de l'investissement de l'hôpital dans cette lutte. Les autres indicateurs communiqués par les hôpitaux reflètent autant cette lutte, voire mieux.

Le SPF Santé publique se base en la matière sur une vision à long terme reposant sur un programme d'amélioration continue de la prévention des infections, avec des indicateurs régulièrement revus et adaptés aux objectifs.

Les données transmises par les hôpitaux sont vues comme un outil pour sensibiliser et améliorer les pratiques et comme un tableau de bord pour les autorités de santé publique. La comparaison entre hôpitaux gagnerait en pertinence si un contrôle de qualité externe renforçait leur fiabilité. Une des pistes est la collaboration renforcée dans le domaine de l'inspection et du contrôle entre les administrations de soins de santé.

**03.03 Daniel Senesael (PS):** À l'occasion d'une visite aux hôpitaux de Roubaix et de Lille, j'ai constaté qu'on pouvait y déterminer l'origine de l'infection mais vous dites qu'il est difficile d'établir une origine nosocomiale. Pourquoi ce qui est possible en France ne le serait pas en Belgique?

Vu les 384 millions d'euros de dépenses supplémentaires, les 2 600 décès et les 720 000 journées d'hospitalisation, pourquoi ne pas renforcer dès maintenant les contrôles et apporter des réponses spécifiques?

**03.04 Maggie De Block, ministre (en français):** Vos chiffres proviennent de l'étude du KCE en 2009.

**03.05 Daniel Senesael (PS):** L'étude de l'ISP date de 2015!

**03.06 Maggie De Block, ministre (en français):** Parmi les hôpitaux, certains sont de bons élèves et d'autres ont encore du travail à faire.

Nous voulons que cela s'améliore partout mais des problèmes dans certains hôpitaux altèrent les chiffres. Je demanderai moi aussi pourquoi ce qui est possible ailleurs ne l'est pas chez nous. Il faudrait voir si les hôpitaux que vous avez vus

ander systeem toepassen dan wel of het goede leerlingen zijn.

**03.07 Daniel Senesael (PS):** Ik zal u aanvullende informatie verstrekken om de cijfers te corroboreren en te actualiseren.

*Het incident is gesloten.*

**04 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de steun aan de slachtoffers van terrorisme" (nr. 18087)**

**04.01 Catherine Fonck (cdH):** Veel slachtoffers van de aanslagen in Brussel ondervinden moeilijkheden om geschikte psychologische bijstand te krijgen. Ze hebben grote behoeften, vooral rond de datum van de verjaardag van de aanslagen. De slachtofferverenigingen verlenen hun vrijwillig kostbare hulp.

Welke psychologische ondersteuning verleent de regering aan de slachtoffers? Voldoet die aan hun behoeften? Is het niet hoog tijd dat de regering de slachtofferverenigingen, die uitzonderlijk werk leveren, zou steunen?

**04.02 Minister Maggie De Block (Frans):** Net na de aanslagen van 22 maart heeft de FOD Volksgezondheid een psychosociaal interventieplan gelanceerd voor de activering en coördinatie van de bijstand in een eerste fase.

De geestelijke gezondheidszorg werd meegenomen in het wetsontwerp met betrekking tot de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, teneinde de slachtoffers, hun familie- en/of gezinsleden en hun naasten beter te kunnen begeleiden in de posttraumatische fase en om chronische psychologische stoornissen te voorkomen. De slachtofferverenigingen hebben gevraagd om de bespreking van het wetsontwerp uit te stellen, opdat de slachtoffers en hun naasten in een latere fase ook psychologische ondersteuning zouden kunnen genieten.

De Hoge Gezondheidsraad werd om advies gevraagd in verband met de uitwerking van een zorgtraject voor de psychologische begeleiding, de ontwikkeling van instrumenten voor zelfondersteuning en de bepaling van de rol van de deskundigen en andere slachtoffers in het verwerkingsproces.

De regering maakt werk van de aanbeveling van de commissie Terroristische aanslagen in verband met een structurele ondersteuning van de

pratiquent un autre système ou si ce sont de bons élèves.

**03.07 Daniel Senesael (PS):** Je vous donnerai des éléments complémentaires pour corroborer les chiffres et les actualiser.

*L'incident est clos.*

**04 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le soutien apporté aux victimes de terrorisme" (n° 18087)**

**04.01 Catherine Fonck (cdH):** Beaucoup de victimes de Bruxelles peinent à recevoir un soutien psychologique adéquat. Leurs besoins sont importants, surtout autour de la date anniversaire. Les associations de victimes leur apportent bénévolement une aide précieuse.

Quelle aide psychologique le gouvernement apporte-t-il aux victimes? Répond-elle aux besoins? N'est-il pas temps que le gouvernement soutienne les associations des victimes qui effectuent un travail extraordinaire?

**04.02 Maggie De Block, ministre (en français):** Juste après les attentats du 22 mars, le SPF Santé publique a lancé un plan d'intervention psychosocial qui active et coordonne l'aide dans sa première phase.

Les soins de santé mentale ont été intégrés au projet de loi portant création du statut de solidarité nationale pour mieux accompagner les victimes, leur famille et leurs proches durant la phase psychodramatique et pour prévenir des pathologies psychologiques chroniques. Les associations des victimes ont demandé le report du projet pour que les victimes et leurs proches puissent bénéficier d'un soutien psychologique dans une phase ultérieure.

Un avis a été demandé au Conseil Supérieur de la Santé pour définir un trajet de soins de la prise en charge psychologique, développer des instruments d'auto-assistance et examiner le rôle des experts et d'autres victimes dans le processus d'assimilation.

Le gouvernement travaille sur la recommandation de la commission sur les attentats terroristes d'offrir un soutien structurel aux associations de victimes.

slachtofferverenigingen.

**04.03 Catherine Fonck** (cdH): Het psychosociaal interventieplan, dat meer dan een jaar bestaat, is zeer ontoereikend. U moet ons nu niet komen vertellen dat de slachtofferverenigingen verantwoordelijk zijn voor het feit dat uw wetsontwerp werd uitgesteld en dat dat de reden voor de ontoereikende ondersteuning is.

De inhoud van de psychologische hulp in uw wetsontwerp moet grondig herwerkt worden. U had de persoonlijke vergoedingen ten voordele van de slachtoffers van de aanslagen trouwens ook kunnen verhogen zonder wetsontwerp. Het is onaanvaardbaar dat sommige slachtoffers een beroep moeten doen op verenigingen voor de nodige begeleiding. Dat is de taak van de overheid.

**04.04 Minister Maggie De Block** (*Frans*): We zullen dat punt volgende week tijdens de hoorzittingen bespreken.

*Het incident is gesloten.*

**05 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van klinische tests" (nr. 18200)**

**05.01 Katrin Jadin** (MR): België is een van de landen die de meeste klinische proeven uitvoeren in het kader van het onderzoek naar innoverende geneesmiddelen: in 2016 waren het er 1.399. De vrijwilligers worden relatief goed betaald, maar de praktijk roept vragen op, omdat ze risico's lopen.

Hoeveel klinische proeven werden er de jongste jaren uitgevoerd? Hoeveel daarvan worden als risicovol beschouwd? Hoeveel personen kregen bijwerkingen? Is de geneeskundige verzorging in dat geval ten laste van de patiënt?

**05.02 Minister Maggie De Block** (*Frans*): België behoort tot de Europese koplopers wat de klinische proeven betreft. In 2015 en 2016 heeft het fagg respectievelijk 614 en 506 vergunningsaanvragen behandeld. Het reële aantal kan dus lager zijn. Het fagg evalueert de voordelen en de risico's aan de hand van een procedure van *risk mitigation*. Er wordt geen vergunning gegeven indien de balans negatief uitvalt. Dat was het geval voor 8 proeven in 2015 en 3 in 2016.

Een ethisch comité dat de veiligheid en het welzijn van de deelnemers controleert, moet de protocollen goedkeuren.

**04.03 Catherine Fonck** (cdH): Le plan psychosocial, qui existe depuis plus d'un an, est largement insuffisant. Ne prétendez pas que c'est à cause des associations de victimes que votre projet de loi a été reporté et que cela explique la faiblesse du soutien.

Il faut profondément remanier le contenu de l'aide psychologique dans votre projet de loi. Vous n'en aviez d'ailleurs pas besoin pour majorer les interventions personnelles en faveur des victimes des attentats. Il est inacceptable que certaines se tournent vers les associations pour être adéquatement encadrées. C'est le travail des pouvoirs publics.

**04.04 Maggie De Block**, ministre (*en français*): Nous en débattons lors des auditions la semaine prochaine.

*L'incident est clos.*

**05 Question de Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les risques des essais cliniques" (n° 18200)**

**05.01 Katrin Jadin** (MR): Avec 1 399 essais cliniques dans le cadre de la recherche de médicaments innovants menés en 2016, la Belgique est un des pays qui en pratiquent le plus. Les volontaires sont relativement bien rémunérés mais la pratique pose question, étant donné les risques encourus.

Combien d'essais cliniques ont-ils été pratiqués ces dernières années? Combien sont-ils considérés à risque? Combien de personnes ont-elles souffert d'effets secondaires? Les soins sont-ils alors à charge du patient?

**05.02 Maggie De Block**, ministre (*en français*): La Belgique est parmi les pays européens qui pratiquent le plus d'essais cliniques. En 2015 et 2016, l'Agence des médicaments et des produits de santé (AFMPS) a traité 614 et 506 demandes d'autorisation. Le nombre réel peut donc être plus bas. L'AFMPS évalue les bénéfices et les risques en se basant sur une procédure de *risk mitigation*. Si le bilan est négatif, aucune autorisation n'est accordée. Ce fut le cas pour huit essais en 2015 et trois en 2016.

Des protocoles doivent être approuvés par un comité d'éthique qui contrôle la sécurité et le bien-être des participants.

De veiligheidsmaatregelen worden gevolgd en er werden geen mogelijk gevaarlijke bijwerkingen gemeld.

Bij zware of ernstige bijwerkingen is krachtens artikel 29 van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon de opdrachtgever van de proeven verantwoordelijk voor de compensatie en dus de behandeling, zelfs als er geen causaal verband werd aangetoond.

*Het incident is gesloten.*

#### **06** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van medicijnen" (nr. 18218)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de juridische haalbaarheid van het kiwimodel in België" (nr. 18414)

**06.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Het zogenaamde kiwimodel, waarbij de overheid openbare aanbestedingen uitschrijft voor gelijkwaardige geneesmiddelen en uiteindelijk kiest voor het goedkoopste, zou een besparing van 480 miljoen euro kunnen opleveren. Volgens de minister kan dit in België niet worden ingevoerd wegens wettelijke beperkingen, maar worden andere methodes gebruikt om de prijs te drukken.

Experts vragen zich af of het toch niet goedkoper kan en wijzen op het voorschrijfgedrag van artsen en de overconsumptie van patiënten.

Waarom is het wettelijk niet mogelijk om het kiwimodel of een gelijkaardig model bij ons in te voeren? Onderneemt de minister acties of plant ze maatregelen? Heeft ze plannen om in te grijpen op de overconsumptie en het voorschrijfgedrag?

**06.02** **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!) (*Nederlands*): Na een actie van Geneeskunde voor het Volk waarbij bussen werden ingelegd om in Nederland goedkopere medicijnen in te slaan, verklaarde de minister dat voormalig minister Demotte ooit het kiwimodel heeft ingevoerd, maar dat dit systeem is geflopt.

De heer Demotte heeft op 22 maart 2005 inderdaad een wetsontwerp ingediend voor de toepassing van het kiwimodel, maar tijdens de daaropvolgende

Les mesures de sécurité sont suivies et aucun effet secondaire avec un certain degré de dangerosité n'a été notifié.

En cas d'effet indésirable grave ou sérieux, l'article 29 de la loi du 7 mai 2004 prévoit que l'organisateur des essais est responsable de la compensation, donc du traitement, même si aucun lien de causalité n'a été démontré.

*L'incident est clos.*

#### **06** **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des médicaments" (n° 18218)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la faisabilité juridique du modèle kiwi en Belgique" (n° 18414)

**06.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Le modèle kiwi qui consiste à lancer un marché public pour des médicaments équivalents, puis à choisir celui qui est proposé au prix le plus bas, permettrait d'économiser 480 millions d'euros. Selon la ministre, l'instauration de ce système en Belgique se heurte à des restrictions légales mais d'autres méthodes sont utilisées pour faire baisser les prix.

Des experts se demandent néanmoins s'il n'est pas possible de faire des économies sur les médicaments, songeant au comportement des médecins en matière de prescription et à la surconsommation de médicaments par les patients.

Pourquoi n'est-il pas légalement possible d'instaurer chez nous le modèle kiwi ou un modèle similaire? La ministre entreprend-elle des actions ou envisage-t-elle de le faire? A-t-elle des projets pour s'attaquer à la surconsommation et au comportement en matière de prescription?

**06.02** **Raoul Hedebouw** (PTB-GO!) (*en néerlandais*): À la suite d'une action menée par Médecine pour le Peuple, au cours de laquelle des bus ont été affrétés pour aller s'approvisionner en médicaments moins chers aux Pays-Bas, la ministre a déclaré que l'ancien ministre Demotte avait autrefois tenté d'instaurer le modèle kiwi dans notre pays, mais que celui-ci avait échoué.

Le 22 mars 2005, M. Demotte avait effectivement déposé un projet de loi en vue de l'instauration du modèle kiwi, mais l'industrie pharmaceutique a



nacht heeft de farmaceutische industrie de – naar eigen zeggen – grootste lobby-machine ooit ingezet om het voorstel te torpederen. Open Vld diende toen een reeks amendementen in die de kiwi tot kiwimoes herleidde.

Ondertussen blijkt uit een studie van het RIZIV dat voor 10 geneesmiddelen 110 miljoen euro zou kunnen worden bespaard. Waarom voeren we dat dan niet in? Waarom heeft de minister gevraagd om de 10 medicamenten buiten patent te berekenen en niet de 25 medicamenten? Krijgen wij de berekening?

*(Frans)* Ik herhaal mijn verzoek om over de volledige conclusies van uw studie te kunnen beschikken.

In 2009 werd er een studie uitgevoerd over de juridische mogelijkheid om het kiwimodel toe te passen. Kan u ons die studie bezorgen?

**06.03** Minister **Maggie De Block** *(Nederlands)*: Ik verwijs deels naar mijn antwoord aan de heer Van Hees in de plenaire vergadering.

Het Belgische terugbetalingssysteem is totaal anders dan het Nederlandse of het Nieuw-Zeelandse. Bij ons zijn er geen private zorgverzekeraars die over de prijzen onderhandelen met de farmaceutische firma's. De terugbetaling gebeurt via de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) van het RIZIV.

Voormalig minister Demotte heeft de toepasbaarheid van het kiwisysteem voor ons land onderzocht. In 2007 kon het RIZIV daardoor aanbestedingen uitschrijven voor amper twee moleculen, amlolidine en simvastatine. Slechts een handvol firma's schreef zich in. De CTG waarschuwde voor grote bevoorradingsproblemen: het probleem is immers dat vaak kleine distributiefirma's de aanbesteding binnenhalen. Het kiwimodel is in de loop der jaren vaak ter sprake gekomen in het Parlement.

Nederland kampt met niet geringe bevoorradingsproblemen. In 2014 konden maar liefst 800.000 voorgeschreven geneesmiddelen niet worden afgeleverd. Apothekers moeten dan op zoek naar alternatieven, die er niet zijn omdat het om aanbestedingen gaat. Zij moeten zich wenden tot andere bevoorraders. Veel Nederlanders steken

déployé la nuit suivante – selon ses propres dires – l'armada de lobbying la plus puissante jamais vue pour le torpiller. À l'époque, l'Open Vld avait présenté une série d'amendements qui avaient réduit le kiwi en bouillie.

Entre-temps, il ressort d'une étude de l'INAMI que 110 millions d'euros d'économies pourraient être réalisés sur dix médicaments. Pourquoi dans ce cas ne pas introduire le modèle kiwi? Pourquoi la ministre a-t-elle demandé un calcul pour les dix médicaments dont le brevet a expiré et pas pour les vingt-cinq médicaments dans la même situation? Pourrions-nous obtenir les documents relatifs à ce calcul?

*(En français)* Je réitère ma demande de disposer des conclusions complètes de votre étude.

En 2009, une étude s'était penchée sur la possibilité juridique d'appliquer le modèle kiwi. Serait-il possible de nous la transmettre?

**06.03** **Maggie De Block**, ministre *(en néerlandais)*: Je renvoie pour partie à ma réponse à la question posée par M. Van Hees en séance plénière.

Le système de remboursement belge est complètement différent du système néerlandais ou néo-zélandais. Chez nous, il n'existe pas d'organismes d'assurance-maladie privés qui négocient les prix avec les entreprises pharmaceutiques. Le remboursement s'effectue par le biais de la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) de l'INAMI.

Lorsqu'il était ministre de la Santé publique, M. Demotte avait examiné l'applicabilité du système kiwi dans notre pays. En 2007, l'INAMI avait ainsi pu lancer des appels d'offres pour deux molécules seulement, l'amlolidine et la simvastatine. Seule une poignée d'entreprises avaient déposé une offre. La CRM avait mis en garde contre de graves difficultés d'approvisionnement, le problème étant que ceux qui remportent le marché sont souvent de petits distributeurs. Au fil des ans, le modèle kiwi a fait l'objet de nombreuses discussions au Parlement.

Les Pays-Bas sont en butte à de graves problèmes d'approvisionnement. En 2014, pas moins de 800 000 médicaments prescrits n'ont pas pu être délivrés. Dans de telles situations, les pharmaciens doivent trouver d'autres solutions, lesquelles n'existent pas puisqu'il s'agit d'adjudications. Ils doivent alors s'adresser à d'autres fournisseurs. De

de grens over om hier hun medicatie te kopen. Nederland probeert op de tekorten te anticiperen door te importeren uit het buitenland of door duurdere producten terug te betalen. Daarmee wordt een deel van de kiwibesparing natuurlijk tenietgedaan.

Omdat het kiwimodel niet werkt in ons land, hebben wij andere maatregelen genomen om de prijs van geneesmiddelen te drukken. Bij ons zijn er meer prijsafspraken over innovatieve geneesmiddelen waardoor de effectieve kosten ervan lager zijn dan de officiële prijs, de zogenaamde 'faciale prijs'. In Nederland negotiëren de zorgverzekeraars – die een monopolie hebben – samen over de prijs van gepatenteerde geneesmiddelen waardoor de prijzen hoger liggen. De regering kan daar weinig aan doen.

*Voorzitter: Juffrouw Yoleen Van Camp.*

We trachten de kostprijs van innovatieve producten onder controle te houden. Via het ziekenhuisforfait betalen patiënten in het ziekenhuis voor alle medicatie hetzelfde. Sinds 2015 bestaat het Toekomstpact, met onder andere maatregelen als het voorschrijven van het goedkoopste geneesmiddel, de *patent cliff* en biosimilaire geneesmiddelen.

Van 2015 tot en met 2018 bespaart de overheid 1,4 miljard euro op innovatieve behandelingen zoals immuuntherapie. De farmaceutische industrie betaalt 300 miljoen euro taksen per jaar en via het *clawback* systeem moet ze tot 100 miljoen euro terugbetalen als zij het geneesmiddelenbudget overschrijdt.

Met het Toekomstpact hebben we gekozen voor wat ons de meeste prijsdalingen oplevert in plaats van het kiwimodel waarvan de theoretische besparingen de toets van de werkelijkheid niet verdragen en stockbreuken veroorzaakt. In ons systeem zal de patiënt 60 miljoen euro minder moeten betalen voor medicatie.

Mevrouw Jiroflée baseert zich op een artikel, maar wij hebben het woord 'wettelijk' zelf nooit gebruikt.

Vaak zijn geneesmiddelen in Nederland veel duurder dan hier, zoals Humira tegen reuma en psoriasis. In Nederland is er anders onderhandeld en moet er 100 euro meer betaald worden. Zo slecht doen wij het niet.

nombreux Néerlandais franchissent la frontière pour acheter leurs médicaments en Belgique. Les Pays-Bas s'efforcent d'anticiper les pénuries en important des médicaments ou en remboursant des médicaments plus coûteux. Ce mécanisme annule évidemment une partie des économies générées par le modèle kiwi.

Le modèle kiwi ne fonctionnant pas en Belgique, le gouvernement a pris d'autres mesures pour faire baisser le prix des médicaments. Les accords sur les prix des médicaments innovants sont plus nombreux dans notre pays, ce qui en réduit le coût effectif par rapport au prix officiel, le prix facial. Aux Pays-Bas, les assureurs en soins de santé – qui ont un monopole – négocient ensemble le tarif de médicaments brevetés, ce qui entraîne une hausse de leur prix. Face à cette situation, les possibilités d'action du gouvernement sont limitées.

*Présidente: Mlle Yoleen Van Camp.*

Nous essayons de maintenir sous contrôle le coût des produits novateurs. Les patients hospitalisés paient la même somme pour tous les médicaments par le biais du forfait hospitalier. Le Pacte d'avenir signé en 2015 prévoit notamment la prescription du médicament le moins onéreux, le *patent cliff* et des mesures concernant les médicaments biosimilaires.

Entre 2015 et 2018, les pouvoirs publics auront économisé une somme de 1,4 milliard d'euros dans le domaine des traitements novateurs tels que l'immunothérapie. L'industrie pharmaceutique paie chaque année 300 millions d'euros de taxes. Avec le système de récupération (*clawback*), le secteur pharmaceutique devra rembourser jusqu'à 100 millions d'euros s'il dépasse le budget alloué aux médicaments.

Avec le Pacte d'avenir, nous avons opté pour le système qui nous procure le plus de baisses de prix plutôt que pour le modèle kiwi, qui entraîne des ruptures des stocks et dont les économies théoriques ne se vérifient pas sur le terrain. Avec notre système, les patients payeront 60 millions d'euros de moins pour leurs médicaments.

Mme Jiroflée se fonde sur un article, mais nous-même n'avons jamais utilisé le terme "légal".

De nombreux médicaments tels que l'Humira, qui traite le rhumatisme et le psoriasis, coûtent beaucoup plus cher aux Pays-Bas que chez nous. Le mode de négociation y est différent et l'écart de prix atteint 100 euros. Nous ne nous en tirons donc pas si mal.

Ik zal de juridische nota die mijn voorgangster acht jaar geleden heeft besteld, opvragen. Ik ken de inhoud niet.

Het kiwimodel zou bij ons niet werken. Dat is jaren geleden onder vorige ministers besproken. Het zou de kwaliteit van onze zorg in gevaar brengen.

**06.04 Karin Jiroflée** (sp.a): De minister kan niet ontkennen dat dit wettelijk niet mogelijk is. Haar uitleg over de kleine firma's die hebben ingeschreven, impliceert dat de grote spelers inderdaad niet inschrijven, wat mij doet vrezen dat men openstond voor lobbywerk. Wij blijven vinden dat voor de meest populaire of meest gebruikte geneesmiddelen een systeem moet worden uitgedokterd waarmee wij ook daar de prijs kunnen drukken, al wil ik wel aannemen dat een volledig open kiwimodel hier niet werkt.

**06.05 Raoul Hedebouw** (PTB-GO!) (*Nederlands*): Wettelijk kan men dus blijkbaar wel het kiwimodel toepassen, wat goed nieuws is. Ook wijst de minister terecht op de limieten van het Nederlands model.

(*Frans*) Het kiwimodel zou in België nog efficiënter zijn, want het gaat niet over een concurrentie tussen enkele bedrijven maar wel over de collectieve koopkracht van de werknemers, via de sociale zekerheid.

Vorig jaar was er een probleem met de geneesmiddelenvoorraad bij de firma Pfizer. In uw vrij liberaal systeem functioneert een en ander met betrekking tot het geneesmiddelenaanbod dus niet.

U heeft niet geantwoord op mijn vraag met betrekking tot de 110 miljoen.

(*Nederlands*) De minister is van liberale strekking en heeft het altijd over besparingen, maar ik heb nog niet gehoord waarom niet gewoon de besparing van 110 miljoen euro wordt toegepast die haar eigen kabinet heeft laten berekenen.

Kunnen wij die studie van het RIZIV niet gewoon krijgen, ten bate van het politieke debat? Wij hebben daarover immers een mail gestuurd naar het RIZIV, maar die heeft de mail doorgestuurd naar het kabinet, waar de studie is besteld.

**06.06 Minister Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik

Je vais demander la note juridique que la ministre qui m'a précédée a commandée il y a huit ans et dont je ne connais pas la teneur.

Le modèle kiwi ne fonctionnerait pas chez nous. Cette question a été discutée il y a de nombreuses années par mes prédécesseurs. Un tel système mettrait en péril la qualité de nos soins.

**06.04 Karin Jiroflée** (sp.a): La ministre ne peut pas nier que ce n'est pas légalement possible. Ses explications concernant les petites entreprises pharmaceutiques laissent entendre qu'effectivement les grandes entreprises ne soumissionnent pas, ce qui me fait craindre que le lobbying a pu jouer pleinement. Nous persistons à penser qu'il faut développer un système qui permet également de faire baisser les prix des médicaments les plus populaires ou les plus consommés, même si je suis disposée à admettre qu'un modèle kiwi entièrement ouvert ne peut pas fonctionner en Belgique.

**06.05 Raoul Hedebouw** (PTB-GO!) (*en néerlandais*): Aucun obstacle légal ne s'oppose apparemment à l'application du modèle kiwi, ce qui est en soi une bonne nouvelle. Par ailleurs, la ministre pointe, à juste titre, les limites du modèle néerlandais.

(*En français*) Le système kiwi serait encore plus efficace en Belgique car il ne s'agit pas d'une concurrence entre quelques entreprises mais bien du pouvoir d'achat collectif des travailleurs, à travers la sécurité sociale.

Nous avons connu un problème de stocks l'année passée avec l'entreprise Pfizer. L'offre de médicaments ne fonctionne donc pas dans votre système assez libéral.

Vous n'avez pas répondu à propos des 110 millions.

(*En néerlandais*) En libérale, la ministre n'a que le mot "économies" à la bouche mais je ne l'ai pas encore entendue répondre à une question: pourquoi l'économie de 110 millions d'euros calculée par son cabinet n'est-elle pas réalisée?

Ne pourrions-nous pas tout simplement obtenir cette étude de l'INAMI pour que cela nourrisse le débat politique? Nous avons en effet envoyé un courriel à ce sujet à l'INAMI mais celui-ci l'a forwardé au cabinet où l'étude a été commandée.

**06.06 Maggie De Block**, ministre (*en*

zal dit navragen bij het RIZIV, want ik heb niet de gewoonte om zomaar studies of interne nota's wereldkundig te maken. De auteur heeft daar ook iets in te zeggen.

*Het incident is gesloten.*

**07** Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteitspremie toegekend aan kinesisten" (nr. 18260)

**07.01** Nathalie Muylle (CD&V): De kwaliteitspremie die aan de kinesisten zal worden toegekend, is niet duidelijk.

Kan de minister ze toelichten? Is er voldoende budget om ze aan elke rechthebbende toe te kennen?

**07.02** Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Het overleg over een nieuwe overeenkomst voor het einde van dit jaar is binnen de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringinstellingen al opgestart.

Op 13 april 2017 is 84,01%, dat zijn 18.770 kinesisten, toegetreden tot de nieuwe overeenkomst. Het gaat over de kinesitherapeuten met een verstrekkersprofiel voor het boekingsjaar 2015 en de in 2016 erkende kinesitherapeuten.

Inzake de premie voor kwaliteitspromotie moet een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de regeling die in artikel 3, § 3 van de overeenkomst Medicomut 17 is opgenomen. Dit slaat op kinesitherapeuten die op 29 februari 2016 aan de kwaliteitscriteria hebben voldaan van het jaar 2015.

De vzw Pro-Q-Kine gaat concreet na of de kinesisten aan de kwaliteitscriteria 2015 hebben voldaan. Doet een kinesist dat, dan krijgt hij een premie van 2.000 euro, die vrij snel door het RIZIV kan worden betaald.

In het RIZIV wordt een ontwerpbesluit uitgewerkt dat vanaf 2017 een nieuw kwaliteitssysteem en een daaraan gekoppelde premie invoert. Het is nog te vroeg om informatie te geven over de modaliteiten en voorwaarden van dat systeem. Overleg met alle betrokkenen loopt. Het nieuwe kwaliteitssysteem is nog in ontwikkeling, maar het zal er zeker komen. Zodra de criteria vastliggen, kan het snel gaan. Het budget is er in elk geval al.

**07.03** Nathalie Muylle (CD&V): Ik begrijp dat wie aan de voorwaarden voldoet, de premie zal krijgen.

*néerlandais*): Je vais la demander à l'INAMI car je n'ai pas coutume de rendre publiques des études ou des notes internes. De plus, leur auteur a également son mot à dire.

*L'incident est clos.*

**07** Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prime de qualité accordée aux kinésithérapeutes" (n° 18260)

**07.01** Nathalie Muylle (CD&V): Les modalités de la prime de qualité qui sera accordée aux kinésithérapeutes ne sont pas claires.

La ministre pourrait-elle les commenter? Le budget est-il suffisant pour la payer à tous les bénéficiaires?

**07.02** Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): La concertation relative à la signature d'une nouvelle convention d'ici à la fin de l'année a déjà débuté au sein de la Commission de convention des kinésithérapeutes et organismes assureurs.

Le 13 avril 2017, 84,01 %, soit 18 770 kinésithérapeutes avaient adhéré à la nouvelle convention. Il s'agit des kinésithérapeutes ayant un profil de prestataire actif pour l'exercice 2015 et des kinésithérapeutes agréés en 2016.

En ce qui concerne la prime de promotion de la qualité, il convient de distinguer d'une part, la réglementation mentionnée à l'article 3, § 3 de l'Accord médico-mutualiste 2017. Celle-ci s'applique aux kinésithérapeutes qui, le 29 février 2016, remplissaient les critères de qualité fixés pour l'année 2015.

L'ASBL Pro-Q-Kine vérifie concrètement si les kinésithérapeutes ont satisfait aux critères qualitatifs 2015. Si tel est bien le cas, le kinésithérapeute reçoit une prime de 2 000 euros, que l'INAMI peut verser assez rapidement.

L'INAMI élabore un projet de décret instaurant à partir de 2017 un nouveau système de qualité et une prime qui y est liée. Il est trop tôt pour détailler les modalités et les conditions du système. La concertation avec toutes les parties concernées est en cours. Le nouveau système de qualité est en voie de développement mais il verra certainement le jour. Les choses peuvent aller très vite dès lors que les critères auront été fixés. Le budget existe déjà.

**07.03** Nathalie Muylle (CD&V): Je comprends que les kinésithérapeutes qui répondront aux conditions

recevront la prime.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**08** **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een hospitalisatie in Nederland" (nr. 18296)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de grenszorg en de stopzetting van de samenwerkingsakkoorden met Nederland" (nr. 18300)

**08** **Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'une hospitalisation aux Pays-Bas" (n° 18296)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé transfrontaliers et la suspension des accords de coopération avec les Pays-Bas" (n° 18300)

**08.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): De grenszorg en de samenwerkingsakkoorden met Nederland blijven voor onduidelijkheid zorgen.

**08.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Les soins de santé transfrontaliers et les accords de coopération avec les Pays-Bas continuent de semer la confusion.

Binnen het RIZIV is er een reflectie aan de gang over welke zorgen men op welke manier zal terugbetalen over de grens. Dit vacuüm, en niet de EU-richtlijn, zorgt voor onzekerheid. De minister heeft gewezen op een causaal verband tussen die EU-richtlijn en het stopzetten van de samenwerkingsverbanden. De EU-richtlijn is er echter gekomen omdat er met sommige landen samenwerkingsakkoorden moesten worden opgezet omdat er geen wetgevend kader bestond.

L'INAMI mène actuellement une réflexion pour déterminer quels soins transfrontaliers seront remboursés et selon quelles modalités. C'est cette lacune qui est source d'incertitude et non pas la directive de l'UE. La ministre a pointé un lien de causalité entre cette directive européenne et la suspension des accords de coopération. Si toutefois la directive de l'UE a été élaborée, c'est parce que des accords de coopération devaient être conclus avec certains pays en raison de l'absence de cadre législatif.

Waarom is die Europese richtlijn uit 2011 niet eerder ingevoerd? Kan de minister bevestigen dat die EU-richtlijn effectief toelaat om dezelfde soort zorg te vergoeden via gelijkaardige akkoorden binnen onze nationale wetgeving? Welke stappen zijn er al gezet? Kan de minister duidelijkheid bieden voor mensen die zorg over de grens nodig hebben?

Pourquoi cette directive européenne datant de 2011 n'a-t-elle pas été introduite plus tôt? La ministre peut-elle confirmer qu'elle autorise effectivement le remboursement de soins du même type par le biais d'accords analogues dans le cadre de notre législation nationale? Quelles démarches a-t-on déjà entreprises à cet effet? La ministre peut-elle clarifier la situation pour les personnes qui ont besoin de soins de santé transfrontaliers?

**08.02** **Minister Maggie De Block** (Nederlands): Het gaat om de omzetting van een Europese richtlijn van 2011 betreffende de toepassing van de rechten van de patiënt bij grensoverschrijdende zorg. Zo biedt het EU-recht twee manieren om terugbetaling te verkrijgen van geneeskundige zorgen in een andere lidstaat, namelijk op basis van de verordeningen nrs. 883 en 987.

**08.02** **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Il s'agit de la transposition d'une directive européenne de 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. Le droit européen offre deux possibilités pour l'obtention du remboursement de soins médicaux dispensés dans un autre État membre, à savoir sur la base des règlements n<sup>os</sup> 883 et 987.

Naast het EU-recht voorziet de Belgische wetgeving al vanaf de jaren 60 in diverse regelingen voor geplande geneeskundige zorg in het buitenland, al dan niet met een voorafgaande toestemming, zoals via het formulier E112. Verder bestaan er ook diverse samenwerkingsvormen, zoals de IZOM-

Outre le droit européen, depuis les années 60, la législation belge a prévu diverses réglementations pour les soins médicaux programmés à l'étranger, assortis ou non d'une autorisation préalable, tels que via le formulaire E112. Il existe par ailleurs différentes formes de coopération, telles que la

kaart in de Duitstalige Gemeenschap.

Aangezien het wettelijk kader een complexe materie was geworden, was er nood aan bijkomende verduidelijking, vooral inzake de afgifte van een voorafgaande toestemming. Daarom heeft het RIZIV aan het Observatoire social européen gevraagd om de verschillende procedures in kaart te brengen. Dit research paper werd pas eind 2016 opgeleverd.

Dit rapport gaf meer informatie over een aantal problemen op het vlak van de grensoverschrijdende gezondheidszorg. Wij beschikken momenteel over voldoende elementen voor een eventuele aanpassing van het reglementair kader.

Het doel is een reglementair kader voor alle Belgen, niet alleen die in de grensstreek, waarbij de nationale en de Europese wetgeving zoveel mogelijk op elkaar afgestemd zijn, zonder de bijzondere situatie van België, een groot grensgebied met drie grenzen, uit het oog te verliezen. Er moet een *level playing field* zijn voor alle Belgische verzekeringen, met het verstrekingspakket van de verplichte ziekteverzekering als basis.

*Voorzitter: mevrouw Muriel Gerkens.*

De richtlijn van 2011 moedigt de lidstaten en vooral de buurlanden aan om samen te werken op het vlak van grensoverschrijdende zorg in grensregio's. Ze heeft dan ook tot doel de samenwerking tussen de lidstaten te bevorderen op het vlak van e-gezondheid, gezondheidstechnologieën en Europese referentienetwerken, maar heeft niet tot doel samenwerkingsovereenkomsten zoals de IZOM-samenwerkingsovereenkomst juridisch te betonen.

Volgens het EU-recht en de Belgische reglementering kan België niet verplicht worden om geplande geneeskundige verstrekkingen in het buitenland terug te betalen, al dan niet op basis van een voorafgaande toestemming, als deze niet vergoed worden op het eigen grondgebied. In het kader van de IZOM-samenwerkingsovereenkomst kunnen inwoners van de provincie Limburg tot 30 juni 2017 een voorafgaande toestemming ontvangen via document 112, zonder na te gaan of de geneeskundige zorg waarvoor zij naar Nederland gingen door de verplichte ziekteverzekering vergoed wordt.

Zij kunnen dus eigenlijk geneeskundige zorg krijgen

carte IZOM en Communauté germanophone.

Le cadre légal étant devenu une matière complexe, des précisions complémentaires s'imposaient, principalement en ce qui concerne la délivrance d'une autorisation préalable. C'est pourquoi, l'INAMI a demandé à l'Observatoire social européen de dresser l'inventaire des différentes procédures. Ce document n'a été livré qu'à la fin 2016.

Le rapport donnait plus d'informations concernant une série de problèmes dans le domaine des soins de santé transfrontaliers. Nous disposons actuellement de suffisamment d'éléments pour procéder à une modification éventuelle du cadre réglementaire.

L'objectif est de mettre en place un cadre réglementaire pour tous les Belges, donc pas seulement ceux qui vivent dans la région frontalière. À cet égard, les législations nationales et européenne devraient être harmonisées au mieux, sans perdre de vue la situation particulière de la Belgique, qui constitue un vaste territoire transfrontalier comptant trois frontières. Il faut un *level playing field* pour toutes les assurances belges, avec comme base un ensemble de prestations relevant de l'assurance obligatoire.

*Présidente: Mme Muriel Gerkens.*

La directive de 2011 encourage les États membres et en particulier les pays voisins à coopérer dans le domaine des soins transfrontaliers dans les régions frontalières. Elle a dès lors pour but de favoriser la coopération entre États membres sur le plan de l'e-santé, des technologies de la santé et des réseaux de référence européens, mais non de bétonner juridiquement les conventions de coopération comme la convention IZOM.

Selon le droit UE et la réglementation belge, la Belgique ne peut être contrainte de rembourser des interventions médicales programmées à l'étranger, sur la base ou non d'une autorisation préalable, si ces interventions ne sont pas remboursées sur le territoire national. Dans le cadre de la convention de coopération IZOM, les habitants de la province du Limbourg peuvent obtenir jusqu'au 30 juin 2017 une autorisation préalable par le biais du document 112, sans qu'il faille vérifier si le soin médical pour lequel ils se sont rendus aux Pays-Bas est remboursé dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire.

Ces personnes peuvent donc, en vertu de la

volgens de Nederlandse wetgeving ten laste van de Belgische ziekteverzekering, met inbegrip van verstrekkingen die in België niet vergoed worden.

Mijn administratie heeft samen met het RIZIV reeds in 2014 een grondig evaluatieverslag gemaakt over het IZOM-samenwerkingsakkoord. Dat is einde 2015 opgeleverd door de Belgische ziekenfondsen. Deze evaluatie bood evenwel geen afdoende antwoord op de gestelde vragen.

Het nationaal contactpunt grensoverschrijdende gezondheidszorg beperkt zich inzake informatie momenteel tot het wettelijke kader zoals vastgelegd in het EU-recht. Voor informatie over specifieke regelingen zijn de patiënten in eerste instantie aangewezen op hun ziekenfonds.

Er is nu een regeling die alle Belgen gelijkschakelt, waar ze ook wonen. Ze maakt een vlotte samenwerking mogelijk over de grenzen heen, met als enige beperking dat het binnen de wettelijke grenzen blijft. Er zal dus terugbetaald worden wat hier terugbetaald wordt.

*Het incident is gesloten.*

#### **09** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18228)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18231)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verband tussen het toxic shock syndroom en tampons" (nr. 18341)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van tampons" (nr. 18755)

**09.01** **Nawal Ben Hamou (PS):** De Franse documentaire 'Tampon, notre ennemi intime' deed bij mij een aantal vragen rijzen. Vrouwen gebruiken gemiddeld 11.000 tampons terwijl niemand de exacte samenstelling ervan kent. De fabrikanten maken allicht gebruik van het taboe dat rond menstruatie hangt.

Tampons kunnen het toxischeshocksyndroom veroorzaken en de ontwikkeling van staphylococcus aureus (vleesetende bacterie) bevorderen. Er

législation néerlandaise, recevoir des soins à charge de l'assurance-maladie belge, en ce compris les prestations qui ne sont pas remboursées en Belgique.

Dès 2014, mon administration a établi en collaboration avec l'INAMI un rapport d'évaluation détaillé concernant l'accord de coopération IZOM. Il a été fourni par les mutualités belges fin 2015. Toutefois, cette évaluation n'a pas apporté de réponse satisfaisante aux questions posées.

Le point de contact national soins de santé transfrontaliers se limite actuellement, en matière d'information, au cadre légal tel qu'il est établi dans le droit de l'UE. En ce qui concerne les informations concernant des régimes spécifiques, les patients n'ont, en premier lieu, d'autre choix que consulter leur mutualité.

La réglementation actuelle place tous les Belges sur un pied d'égalité, quel que soit leur lieu de résidence, ce qui facilite la coopération transfrontalière, la seule restriction étant le non-dépassement du cadre légal: les prestations seront remboursées à condition qu'elles le soient également en Belgique.

*L'incident est clos.*

#### **09** **Questions jointes de**

- Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons hygiéniques" (n° 18228)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons" (n° 18231)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le lien entre les chocs toxiques et les tampons hygiéniques" (n° 18341)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition des tampons périodiques" (n° 18755)

**09.01** **Nawal Ben Hamou (PS):** J'ai été interpellée par le documentaire "ampon, notre ennemi intime". Les femmes utilisent en moyenne 11 000 tampons sans que la composition exacte ne soit connue, les marques bénéficiant sans doute du tabou qui entoure les règles.

Les tampons peuvent provoquer le syndrome du choc toxique et favoriser le staphylocoque doré. Aucune étude ne s'est penchée sur leur

bestaat geen enkele studie over de samenstelling of de gezondheidsrisico's van tampons. In de documentaire wordt de aanwezigheid van hormoonverstoorders en vervuilende stoffen aangetoond. Volgens sommige onderzoekers kan het gebruik van tampons endometriose en zelfs onvruchtbaarheid veroorzaken.

Is dit een belangrijke kwestie? Bestaat er onderzoek over? Zo niet, moet er geen onderzoek naar worden uitgevoerd? Wat is de stand van de discussies op het Europese niveau over hormoonverstoorders? Worden er, conform het voorzorgsprincipe, nieuwe initiatieven overwogen?

**09.02 Catherine Fonck** (cdH): Het is bekend dat er een verband bestaat tussen het toxischeshocksyndroom (TSS) en het gebruik van tampons. Het risico op TSS hangt samen met het verkeerde gebruik van bepaalde types van tampons. De mogelijke aanwezigheid van toxische stoffen zoals ftalaat of dioxine in tampons is evenwel verontrustend. Ik heb u al verscheidene keren vragen hierover gesteld, en in juni en november 2016 had u toegezegd dat u een studie zou laten uitvoeren voor de menstruatieartikelen en luiers. Wat is de stand van zaken met betrekking tot die studie? Wanneer zullen de resultaten beschikbaar zijn?

De informatieverstrekking aan tampongebruiksters is bijzonder belangrijk. Die menstruatieartikelen zouden, net als babyluiers trouwens, in de categorie van de medische hulpmiddelen moeten opgenomen, zodat er een verbod zou kunnen worden uitgevaardigd op alle carcinogene, mutagene en reprotoxische bestanddelen ervan.

**09.03 Katrin Jadin** (MR): Twintig tot dertig procent van de vrouwen zou drager zijn van de stafylococcus aureus. In contact met hygiënische tampons kan deze bacterie toxische shocks veroorzaken. Uit een onderzoek blijkt dat de meeste tampons 20 à 30 chemicaliën bevatten, waaronder ftalaten die mogelijk kankerverwekkend zouden zijn.

Beschikt u over cijfers over toxische shocks die ontstaan door tampongebruik? Welke zijn de gevolgen daarvan? Hoe kunnen we de vrouwen sensibiliseren voor dat probleem?

**09.04 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Het gebrek aan informatie over de aanwezigheid van toxische stoffen en hormoonontregelaars is een probleem. In Europa gaat het debat tegenwoordig over de identificatie van deze ontregelende stoffen. Ik hoop

composition ou les risques pour la santé. Le documentaire démontre la présence de perturbateurs endocriniens et de polluants. Pour certains chercheurs, les tampons peuvent causer l'endométriose, voire l'infertilité.

Cette question est-elle importante? Des études existent-elles? Si non, ne faudrait-il pas en mener? Suite aux études récentes sur les perturbateurs endocriniens, où en sont les discussions au niveau européen? Conformément au principe de précaution, de nouvelles initiatives sont-elles envisagées?

**09.02 Catherine Fonck** (cdH): Les risques de syndrome du choc toxique liés aux tampons sont connus. Ils concernent l'usage inadéquat de certains types de tampons. Mais l'éventuelle présence de produits toxiques comme le phtalate ou la dioxine est interpellant. Je vous ai déjà interrogée à plusieurs reprises et, en juin et novembre 2016, vous avez promis de réaliser une étude sur les produits d'hygiène et les langes. Où en est sa mise en œuvre? Quand les résultats seront-ils disponibles?

L'information des consommatrices est particulièrement importante. Ces produits d'hygiène, tout comme les langes, devraient entrer dans les dispositifs médicaux afin d'interdire tout composant cancérigène, mutagène et reprotoxique.

**09.03 Katrin Jadin** (MR): Entre 20 et 30 % des femmes seraient porteuses de la bactérie du staphylocoque doré qui, en contact avec des tampons hygiéniques, peut causer des chocs toxiques. Une enquête a démontré que la plupart des tampons contenaient entre 20 et 30 produits chimiques, dont des phtalates suspectés d'être cancérigènes.

Avez-vous des statistiques sur les chocs toxiques en lien avec les tampons? Quelles sont les conséquences? Comment pouvons-nous sensibiliser les femmes?

**09.04 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Le manque d'information sur la présence de substances toxiques et de perturbateurs endocriniens est problématique. Le débat européen porte actuellement sur l'identification de ces



dat België zijn hoge eisen op dat gebied zal handhaven.

Werd er een studie uitgevoerd over de samenstelling van hygiënische tampons? Welke zijn de resultaten hiervan? Hoe zult u de informatie voor de gebruiksters verbeteren? Acht u het nodig dat er een promotiecampagne voor menstruatiecups wordt opgezet?

**09.05** Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Het bijzondere bestek voor bepaalde producten voor persoonlijke hygiëne is bijna klaar en zal voor de zomer worden bekendgemaakt.

Eerst zullen de luiers worden geanalyseerd, waarbij de gehele markt onder de loep zal worden genomen. Ten laatste in 2018 is de markt van tampons en maandverbanden aan de beurt. Er zal specifiek worden gezocht naar de aanwezigheid van bepaalde chemische stoffen (ftalaten, pesticiden enz.) en daarnaast zal nauwkeurig worden nagegaan welke verschillende stoffen er in de producten zitten en in welke concentratie. Mijn diensten volgen de werkzaamheden in Frankrijk op en zouden op basis daarvan de doelstellingen van het Belgische onderzoek kunnen bijsturen. Het risico van de geïdentificeerde stoffen en de blootstelling van de consument zullen vervolgens in een risicoanalyse worden bestudeerd.

Ik ben in mijn huisartsenpraktijk getuige geweest van 'atypisch' gebruik van bepaalde producten, zoals vrouwen die hun tampon al drie dagen niet vervangen hadden!

Tampons vallen niet onder de Europese definitie van medische hulpmiddelen. Het lijkt moeilijk om het toepassingsgebied van die definitie uit te breiden, maar we zouden de Europese maatregelen die ertoe strekken het gebruik van kankerverwekkende, mutagene of reprotoxische stoffen te beperken, tot voorbeeld kunnen nemen.

Hoewel ook andere bacteriën shocksyndromen kunnen veroorzaken, zijn die van het geslacht *Staphylococcus aureus* meestal verantwoordelijk voor de gevallen die in verband worden gebracht met tampongebruik. Het risico op een toxische schok hangt af van verschillende factoren: de virulentie van de stam, de vatbaarheid en het gebruik en de samenstelling van de tampons. Niet alle toxische schokken worden veroorzaakt door het gebruik van tampons.

Er bestaat in België strikt gesproken geen monitoring van dat syndroom. Het door het RIZIV gefinancierde Nationaal Referentiecentrum S.

perturbateurs. J'espère que la Belgique maintiendra sa position exigeante.

Une étude sur la composition des tampons périodiques a-t-elle été réalisée? Quels sont les résultats? Comment envisagez-vous d'améliorer l'information des usagères? Une campagne de promotion des coupelles vous paraît-elle nécessaire?

**09.05** **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Le cahier spécial des charges relatif à certains produits d'hygiène personnelle est en cours de finalisation. Une publication est prévue avant l'été.

Il est prévu d'analyser d'abord les langes. Un balayage du marché sera réalisé. Une analyse identique sera réalisée sur les tampons et serviettes hygiéniques, au plus tard en 2018. Une recherche spécifique de certains types de substances chimiques (phtalates, pesticides etc.) est prévue, ainsi qu'un balayage complet pour identifier les substances et leur concentration. Mes services suivent l'évolution des travaux en France et pourraient ajuster les objectifs de l'étude belge en fonction de ceux-ci. Le danger des substances identifiées et de l'exposition du consommateur sera ensuite étudié dans une analyse de risques.

Comme médecin généraliste, j'ai été témoin d'usages "atypiques" de certains produits, tels des tampons restés en place durant trois jours!

Les tampons hygiéniques ne sont pas couverts par la définition européenne pour les dispositifs médicaux. Étendre le champ d'application de cette définition semble difficile mais on pourrait s'inspirer des mesures européennes concernant la limitation des substances classifiées comme cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques.

Si d'autres bactéries peuvent causer des syndromes de choc, celles du genre du staphylocoque doré sont habituellement responsables dans les cas associés à l'utilisation des tampons hygiéniques. Le risque de développer un choc toxique est lié à des facteurs de virulence de la souche, à des facteurs de prédisposition, à l'utilisation et à la composition des tampons. Tous les chocs toxiques ne sont pas liés à leur utilisation.

Il n'existe pas de surveillance à proprement parler de ce syndrome en Belgique. Le Centre National de Référence financé par l'INAMI, qui recueille ces

Aureus, dat dergelijke gegevens verzamelt voor de *Staphylococcus aureus*, ontvangt twee tot drie bacteriestammen per jaar. Het aantal aanvragen stijgt niet.

De informatie over het adequate gebruik van tampons staat vermeld in de bijsluiters die in de doosjes zitten, maar aangezien ik me ervan bewust ben dat bepaalde personen die niet lezen, zal ik mijn ambtgenoten van de Gemeenschappen en de Gewesten aanspreken in verband met eventuele sensibiliseringsacties.

Wat de hormoonontregelaars betreft, worden er criteria voor de pesticiden en biociden op het niveau van de Europese Commissie besproken. Het is zo al moeilijk genoeg maar het is mogelijk dat dit tot dat thema verruimd wordt.

**09.06 Nawal Ben Hamou (PS):** We vernemen dat de hormonen in de anticonceptiemiddelen gevaarlijk zijn en nu blijken ook tampons gevaarlijk te zijn. Het is hoog tijd dat er van de gezondheid van de vrouwen een prioriteit gemaakt wordt.

**09.07 Catherine Fonck (cdH):** Het is toch al te gek dat men studies moet uitvoeren om de samenstelling van die producten te kennen terwijl de bedrijven daar zeer goed van op de hoogte zijn! We moeten pleiten voor een verbod op de aanwezigheid van kankerverwekkende, mutagene en reprotoxische in producten voor vrouwelijke hygiëne.

Ik hoop dat er zowel in België als op Europees niveau ter zake vooruitgang wordt geboekt.

**09.08 Katrin Jadin (MR):** Er is nood aan meer transparantie.

Gezondheid moet een prioriteit zijn. Het debat moet ook op Europees niveau worden gevoerd.

**09.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen):** Ik denk dat het een illusie is dat de drempels voor de verschillende geïdentificeerde stoffen in acht worden genomen. Er zal moeten worden nagedacht over een verbod op een aantal stoffen.

U hebt geen antwoord gegeven in verband met de menstratiecups. Ook die nieuwe praktijk zou gebaat zijn bij een betere voorlichting.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter:** De samengevoegde vragen nrs. 18346, 18390 en 18415 van de heer Flahaux, mevrouw Onkelinx en de heer Hedebouw worden

données pour les staphylocoques *aureus*, reçoit deux à trois souches par an. Il n'y a pas d'augmentation du nombre de demandes.

Les informations sur la bonne utilisation des tampons sont indiquées dans les notices accompagnant les boîtes mais, consciente que certaines personnes ne les lisent pas, je transmettrai la question de la sensibilisation à mes homologues des Communautés et Régions.

Concernant les perturbateurs d'hormones, on discute au niveau de la Commission européenne sur des critères pour les pesticides et biocides. C'est déjà assez difficile mais il est possible que cela s'élargisse à ce thème.

**09.06 Nawal Ben Hamou (PS):** On apprend que les hormones pour la contraception sont dangereuses et maintenant, les tampons semblent l'être aussi. Il est temps de faire de la santé des femmes une priorité.

**09.07 Catherine Fonck (cdH):** C'est quand même fou qu'on doive faire des études pour connaître la composition de ces produits, que les entreprises connaissent très bien! Il faut plaider pour l'interdiction, dans ces produits hygiéniques, de tout composant cancérigène, mutagène et reprotoxique.

J'espère qu'en Belgique et au niveau européen, on avancera en la matière.

**09.08 Katrin Jadin (MR):** Une plus grande transparence est nécessaire.

La santé doit être une priorité. Le débat doit aussi être mené au niveau européen.

**09.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen):** Pour les différentes substances identifiées, je pense illusoire de croire que des seuils seront respectés. Il va falloir penser à interdire la présence de différentes substances.

Vous n'avez pas répondu concernant les coupelles. Cette nouvelle pratique mériterait également une meilleure information.

*L'incident est clos.*

La **présidente:** Les questions jointes n<sup>os</sup> 18346, 18390 et 18415 de M. Flahaux, de Mme Onkelinx et de M. Hedebouw sont reportées. Les questions

uitgesteld. De vragen nrs. 18348, 18354 en 18358 van mevrouw Jadin worden omgezet in schriftelijke vragen.

n<sup>os</sup> 18348, 18354 et 18358 de Mme Jadin sont transformées en questions écrites.

**10** Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gegevens van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie" (nr. 18232)

**10** Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les données de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie" (n° 18232)

**10.01** Catherine Fonck (cdH): In het wetenschappelijke tijdschrift *JAMA* werd er in april 2017 een studie betreffende orgaandonatie na euthanasie gepubliceerd. De auteurs stellen dat ze via de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie (FCEE) toegang kregen tot de gegevens van alle personen op wie in 2015 in België euthanasie werd toegepast. Overeenkomstig de wet betreffende de euthanasie worden de persoonsgegevens uitdrukkelijk uitgesloten van de gegevens die door de FCEE mogen worden meegedeeld aan universitaire onderzoeksteams.

**10.01** Catherine Fonck (cdH): La revue scientifique *JAMA* d'avril 2017 publiait une étude au sujet du don d'organes après euthanasie dont les auteurs indiquent avoir reçu de la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie l'accès aux données de toutes les personnes euthanasiées en 2015 en Belgique. Or la loi relative à l'euthanasie du champ des informations communicables les données à caractère personnel.

Welke gegevens werden er precies meegedeeld aan de onderzoekers? Gaat het over globale statistische gegevens, d.w.z. de gegevens uit het tweejaarlijkse verslag die aan de Kamer van volksvertegenwoordigers worden overgezonden, of gaat het over persoonlijke, zij het geanonimiseerde, gegevens die betrekking hebben op elke afzonderlijke persoon op wie euthanasie werd toegepast? Aan hoeveel universitaire onderzoeksteams werden er gegevens meegedeeld? Kunt u nadere informatie meedelen over die onderzoeken (doelstellingen, overgezonden gegevens, enz.)?

Pourriez-vous m'éclairer sur les données transmises aux chercheurs? S'agit-il de données statistiques globales, à savoir celles reprises dans le rapport bisannuel et transmises à la Chambre des représentants, ou s'agit-il de données individuelles, anonymisées certes mais concernant chaque personne euthanasiée? Combien d'équipes universitaires de recherche ont-elles reçu des informations? Pourriez-vous me donner des précisions sur ces recherches (objectifs, données transmises, etc.)?

**10.02** Minister Maggie De Block (*Frans*): De Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie ressorteert onder de Kamer. Ik heb die gegevens niettemin opgevraagd bij het secretariaat van de FCEE.

**10.02** Maggie De Block, ministre (*en français*): La Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie relève de la Chambre. J'ai cependant demandé ces informations à son secrétariat.

De FCEE bevestigt dat het over geanonimiseerde individuele statistische gegevens gaat, die afkomstig zijn uit het anonieme en vertrouwelijke deel van het registratiedocument euthanasie. De gegevens van het deel waarin de naam en het adres worden vermeld, werden dus niet doorgegeven.

La commission confirme qu'il s'agit de données statistiques individuelles, anonymisées, issues du volet anonyme et confidentiel de la déclaration d'euthanasie. Les données du volet où figurent le nom et l'adresse ne sont donc pas reprises.

De identiteit van de patiënten mag niet worden bekendgemaakt.

Les patients ne peuvent être identifiés.

In de gegevensbank zitten het dossiernummer, de taal, de leeftijd, het geslacht, de plaats van overlijden (thuis, in het ziekenhuis, in een rusthuis of elders), de aard van het verzoekschrift waarop de

Dans la base de données, on trouve le numéro du dossier, la langue, l'âge, le sexe, le lieu du décès (à domicile, à l'hôpital, en maison de repos ou ailleurs), la base de l'euthanasie (demande actuelle

euthanasie werd uitgevoerd (actueel verzoek of voorafgaande wilsverklaring), de categorie van aandoening en bijkomende informatie, de termijn van overlijden, de kwalificaties van de geraadpleegde artsen, andere geraadpleegde personen of instellingen, de vorm van lijden, de gebruikte methoden en producten en de beslissing van de commissie.

De commissie Euthanasie heeft nooit een individueel dossier bezorgd.

Sinds 2014 heeft de commissie Euthanasie de gegevens enkel overgemaakt aan de studiegroep 'Zorg voor het Levenseinde' van de VUB en de Universiteit Gent, en aan professor Jan Bollen van de Universiteit van Maastricht, in het kader van zijn studie over het aantal potentiële orgaandonoren.

**10.03 Catherine Fonck** (cdH): En voor 2014?

**10.04 Minister Maggie De Block** (*Frans*): Ik zal dat laten nagaan.

**10.05 Catherine Fonck** (cdH): De commissie hangt af van het Parlement, maar die krijgt minder informatie dan de universiteiten, zelfs in het buitenland.

De **voorzitter**: Het is aan ons om daar de aandacht op te vestigen.

*Het incident is gesloten.*

#### **11 Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de concrete uitwerking van de rationalisering van het gebruik van maagzuurremmers" (nr. 18297)
- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van maagzuurremmers bij Barrett" (nr. 18583)

**11.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Een van de maatregelen om zuiniger en beter om te springen met het budget van Volksgezondheid betreft de rationalisering van de maagzuurremmers. Uit het antwoord op mijn schriftelijke vraag bleek dat het aantal dagdosissen van 270 miljoen naar 350 miljoen euro klom in vier jaar tijd. Vanuit de praktijk werd getuigd dat ze te pas, maar ook te onpas, en vaak als comfortmiddel werden voorgeschreven.

ou déclaration anticipée), la catégorie d'affection et des informations complémentaires, l'échéance de décès, la qualification des médecins consultés, les autres personnes ou instances consultées, le type de souffrance mentionné, les méthodes et produits utilisés, la décision de la commission.

La commission euthanasie n'a jamais transmis de dossier individuel.

Depuis 2014, la commission euthanasie n'a transmis les données statistiques qu'au groupe de recherche "Zorg rond het Levenseinde" de la VUB et de l'Université de Gand, et au professeur Jan Bollen de l'Université de Maastricht, pour son étude sur le nombre de donneurs d'organes potentiels.

**10.03 Catherine Fonck** (cdH): Et avant 2014?

**10.04 Maggie De Block**, ministre (*en français*): Je vais me renseigner.

**10.05 Catherine Fonck** (cdH): La commission dépend du Parlement mais celui-ci reçoit moins d'information que des universités, même étrangères.

La **présidente**: C'est à nous de signaler cela.

*L'incident est clos.*

#### **11 Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités concrètes de la rationalisation de la consommation des anti-ulcéreux gastriques" (n° 18297)
- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des anti-ulcéreux gastriques en cas d'oesophage de Barrett" (n° 18583)

**11.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): L'une des mesures destinées à mieux gérer le budget de la Santé publique et à le gérer de façon plus économe est celle qui concerne la rationalisation de la consommation des anti-ulcéreux gastriques. Il est ressorti de la réponse de la ministre à ma question parlementaire écrite que le nombre de doses quotidiennes a augmenté sensiblement, passant de 270 millions à 350 millions en l'espace de quatre ans. Certains témoignages ont fait apparaître que ces médicaments sont prescrits à bon escient mais également à mauvais escient et qu'ils sont souvent prescrits comme médicaments de confort.

Wij waren blij dat de minister daarvan in de begroting 2016 werk wilde maken, maar ik heb toch nog enkele vragen.

Wat heeft de invoering van de maatregel vertraagd?

In welke gevallen wordt er terugbetaald en in welke niet? Waar kunnen we de informatie vinden?

Grote verpakkingen van PPI's worden niet meer terugbetaald, maar wat als patiënten voor twee kleinere verpakkingen naar hun arts gaan?

Er zou een uitzondering gelden voor Zollinger, maar enkel voor Barrett en uitsluitend voor wie met radiofrequentie ablatie (RFA) behandeld is, totdat de RFA-zone genezen is. Waarom geldt dit enkel voor die subtoepassing? De specialisten schrijven het aan alle mensen met Barrett voor en hun bevindingen lijken gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Beschikt de minister over andere studies?

Voorziet de minister in een algemene terugbetaling voor Barrett? Waarop baseert ze anders een beperking tot mensen die met RFA behandeld zijn?

**11.02** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Vanaf 1 april 2017 worden de vergoedingsvoorwaarden voor bepaalde geneesmiddelen van de klasse van de protonpomp inhibitoren (PPI) gebruikt voor de behandeling van gastroduodenale pathologie gewijzigd. Deze wijziging is gebaseerd op de evidencebased geneeskunde.

Vanaf 1 april 2017 vergoedt de ziekteverzekering de verpakkingen die te groot zijn voor hoge dosissen van symptomatisch onderhoudsbehandelingen van gastroduodenale pathologie niet meer.

Die verpakkingen worden gratis voor de patiënt in geval van groot verbruik waarvoor een uitzondering gerechtvaardigd is – dat wil zeggen de behandeling van het syndroom van Zollinger-Ellison – en bij de nabehandeling van een radiofrequentie ablatie van de slokdarmmucosa voor Barrett mucosa.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kwam tot de conclusie dat een schrapping was aangewezen voor verpakkingen van meer dan

Nous étions ravis de la décision de la ministre de s'atteler concrètement à ce dossier dans le budget 2016 mais j'ai encore certains questionnements.

Pourquoi l'instauration de la mesure a-t-elle été retardée?

Dans quels cas procède-t-on ou non au remboursement? Où peut-on trouver l'information?

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) en grands conditionnements ne sont plus remboursés, mais qu'en est-il si les patients consultent leur médecin pour deux petits conditionnements

Une exception serait prévue pour le syndrome de Zollinger, mais uniquement pour la maladie de Barrett et les patients traités par ablation par radiofréquence (ARF) jusqu'à ce que la zone de l'ARF soit guérie. Pourquoi cette mesure ne vise-t-elle que cette sous-application? Les spécialistes prescrivent ce traitement à toutes les personnes souffrant de la maladie de Barrett et leurs expériences semblent reposer sur la recherche scientifique. La ministre dispose-t-elle d'autres études?

La ministre prévoit-elle un remboursement général pour le traitement de la maladie de Barrett? Pourquoi impose-t-elle une restriction jusqu'à ce que les gens soient traités par ARF?

**11.02** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Dès le 1<sup>er</sup> avril 2017, les conditions de remboursement concernant certains médicaments de la classe des IPP pour le traitement des troubles gastro-duodénaux seront modifiées. Cette modification repose sur la médecine basée sur des données probantes.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'assurance maladie ne rembourse plus les conditionnements de trop grande taille pour les doses élevées de traitement d'entretien d'une pathologie gastro-duodénale.

Ces conditionnements sont délivrés gratuitement au patient, lorsqu'une exception justifie une consommation élevée, c'est-à-dire pour le traitement du syndrome de Zollinger-Ellison ou pour le traitement post-opératoire d'une ablation par radiofréquence de la muqueuse de l'œsophage d'un patient souffrant de l'œsophage de Barrett.

La Commission de Remboursement des Médicaments a conclu que la suppression du remboursement se justifiait pour les

zestig tabletten voor proton inhibitoren in hoogste dosis, die een behandelduur toelaat die niet in bijsluiters noch in de aanbevelingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voor goed gebruik van deze middelen is beschreven.

De geïmporteerde verpakkingen staan niet als onderhoudsbehandeling vermeld, maar enkel als behandeling van acute aandoening. Zij worden echter wel massaal voor een onderhoudsbehandeling gebruikt.

Dit heeft tot gevolg dat patiënten die een symptomatische onderhoudsbehandeling van gastro-enterale reflux met de hoogste dosis maagzuurremmers volgen, hun therapie na acht weken naar een lagere dosis moeten afbouwen of moeten stopzetten, zij het dan natuurlijk op basis van een afbouwschema.

Het gaat om Omeprazol 40 mg, Pantoprazol 40 mg en Rabeprazol 10 en 20 mg.

Verpakkingen van meer dan 60 eenheden worden van hoofdstuk 2 naar hoofdstuk 4 van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten overgeheveld. Hoofdstuk 2 bevat geneesmiddelen waarvoor principes van goede medische praktijk bestaan en waarvoor een controle a posteriori van toepassing is. Hoofdstuk 4 bevat geneesmiddelen waarvoor de terugbetaling onderworpen is aan voorwaarden met een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.

Dat enkel de nabehandeling van een radiofrequentie ablatie van de slokdarmmucosa voor Barrettmucosa geselecteerd werd voor de terugbetaling in hoofdstuk 4, is gebaseerd op de aanbevelingen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en op wetenschappelijke aanbevelingen uit het buitenland. De behandeling van de Barrettmucosa vraagt geen langere onderhoudsbehandelingen met PPI's, maar wel regelmatige controles.

Wij zouden graag hebben dat de voorschrijvers de nieuwe evidencebased aanpassingen ter harte zouden nemen.

De patiënt heeft een verantwoordelijkheid maar dat geldt ook voor de voorschrijvers en de apothekers die de medicijnen afleveren. De nodige informatie werd aan de artsen ter beschikking gesteld.

conditionnements de plus de soixante comprimés pour les inhibiteurs de la pompe à protons aux doses les plus élevées, qui permettent une durée de traitement ne figurant ni dans les notices, ni dans les recommandations formulées par la Commission de Remboursement des Médicaments en vue d'une utilisation adéquate de ces substances.

Les conditionnements visés ne sont pas mentionnés parmi les traitements d'entretien mais sont uniquement cités pour le traitement d'une affection aiguë. Ils sont pourtant massivement utilisés en guise de traitement d'entretien.

Cela signifie que les patients qui suivent un traitement d'entretien symptomatique pour reflux gastro-entéral en ingérant les doses maximales d'inhibiteurs de l'acidité gastrique doivent réduire les doses ou arrêter leur traitement après huit semaines, dans le cadre évidemment d'un schéma de cessation progressive.

Il s'agit en l'occurrence de l'Omeprazole 40 mg, du Pantoprazole 40 mg et du Rabeprazole 10 et 20 mg.

Les emballages contenant plus de 60 unités sont transférés du chapitre 2 au chapitre 4 de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Le chapitre 2 reprend les médicaments pour lesquels il existe des recommandations des bonnes pratiques médicales et pour lesquels un contrôle a posteriori est effectué. Le chapitre 4 reprend les médicaments dont le remboursement est soumis à des conditions incluant un accord formel préalable du médecin-conseil de la mutualité.

La sélection exclusive du traitement de suivi d'une radiofréquence pour une ablation de la muqueuse oesophagienne due à un oesophage de Barrett pour le remboursement au chapitre 4 est basée sur les recommandations de la Commission de Remboursement des Médicaments et sur les recommandations scientifiques émanant d'autres pays. Le traitement de l'oesophage de Barrett ne nécessite plus de longs traitements d'entretien avec IPP mais plutôt des contrôles réguliers.

Nous souhaiterions que les prescripteurs tiennent vraiment compte des nouvelles adaptations *evidence-based*.

Le patient a une responsabilité mais cela vaut également pour les prescripteurs et les pharmaciens qui délivrent les médicaments. L'information nécessaire doit être mise à la disposition des médecins.

Misschien kan de heer Hedebouw bijdragen tot een eerlijker informatie op de website van de PTB. Daar staat immers dat ze helemaal niet meer terugbetaald worden en dat is desinformatie.

**11.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** De patiënten worden inderdaad niet altijd goed geïnformeerd door hun arts. Het is belangrijk dat zij de wetenschappelijke onderzoeken waarop de bevindingen gebaseerd zijn meegeven aan de patiënt.

*Het incident is gesloten.*

**12 Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelen" (nr. 18309)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van antibiotica" (nr. 18361)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijzen van antibiotica" (nr. 18773)

**12.01 Nathalie Muylle (CD&V):** Sinds 1 mei 2017 wordt een deel van de antibiotica niet meer ingedeeld bij terugbetalingcategorie B, maar bij categorie C, waardoor de patiënt nu 50% moet betalen.

Er zouden echter juridische problemen zijn met deze maatregel. Wij zouden de Europese Code inzake de sociale zekerheid en het bijbehorende protocol niet naleven, waarin staat dat er voor noodzakelijke geneesmiddelen een maximaal remgeld van 25% kan zijn. Klopt dat?

**12.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Zal de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen de regeling wijzigen? In welke richting?

Welke sensibiliseringsacties komen er op het vlak van het voorschrijfgedrag? Moet een aantal mogelijk levensreddende antibiotica niet onder bepaalde voorwaarden toch in categorie B ingedeeld blijven?

**12.03 Raoul Hedebouw (PTB-GO!):** Overconsumptie moet opgelost worden door het voorschrijfgedrag van artsen aan te passen. Huisartsen en patiënten zouden nog meer gesensibiliseerd moeten worden. Er moet ook aandacht zijn voor de druk die uitgeoefend wordt door de farma-industrie om zo veel mogelijk voor te schrijven.

Peut-être M. Hedebouw pourrait-il y contribuer en publiant des informations plus honnêtes sur le site internet du PTB. On peut en effet y lire que les antibiotiques ne sont plus du tout remboursés, ce qui constitue de la désinformation.

**11.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Les patients ne sont en effet pas toujours bien informés par leur médecin. Il importe que les médecins communiquent aux patients les études scientifiques sur lesquelles les constatations sont basées.

*L'incident est clos.*

**12 Questions jointes de**

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments" (n° 18309)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût des antibiotiques" (n° 18361)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prix des antibiotiques" (n° 18773)

**12.01 Nathalie Muylle (CD&V):** Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2017, une partie des antibiotiques ne sont plus classés dans la catégorie de remboursement B, mais dans la catégorie C, ce qui implique que le patient doit payer 50 % du prix.

Cette mesure entraînerait toutefois des problèmes juridiques. Nous ne respecterions pas le Code européen en matière de sécurité sociale et son protocole, qui prévoit que pour les médicaments essentiels, le ticket modérateur ne peut dépasser 25 %. Est-ce exact?

**12.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** La Commission de Remboursement des Médicaments modifiera-t-elle la réglementation? Dans quel sens?

Quelles actions de sensibilisation seront menées en ce qui concerne le comportement prescripteur? Certains antibiotiques d'une importance vitale ne peuvent-ils malgré tout conserver leur place dans la catégorie B?

**12.03 Raoul Hedebouw (PTB-GO!):** La surconsommation doit être résolue par une modification du comportement prescripteur des médecins. Les généralistes et les patients devraient être davantage encore sensibilisés. Il convient d'être également attentif aux pressions exercées par l'industrie pharmaceutique qui pousse à la prescription.

Alleen de kwetsbaarste patiënten zullen om financiële redenen hun antibiotica niet nemen. Net bij hen zal een bronchitis dan leiden tot een longontsteking en dat kan de sociale zekerheid na verloop van tijd zelfs meer kosten.

Antibiotica worden door de Wereldgezondheidsorganisatie erkend als essentiële geneesmiddelen. De Europese Code inzake sociale zekerheid schrijft voor dat er niet meer dan 25% remgeld mag gelden op essentiële geneesmiddelen. Door antibiotica in categorie C onder te brengen, breekt België dus de Europese Code. Professor Louckx van de VUB bevestigde reeds dat patiënten hetgeen ze te veel betalen voor antibiotica, kunnen aanvechten voor de rechter.

Ook Jan De Maeseneer van de Universiteit Gent had veel kritiek op deze maatregel.

Hoe verantwoordt de minister de indeling van antibiotica onder terugbetalingscategorie C? Hoe verantwoordt ze het breken van de Europese Code inzake sociale zekerheid? Beoogt de minister nog aanpassingen aan de categorieën van het terugbetalingssysteem?

**12.04** Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik ben niet op de hoogte van enige juridische problemen in verband met de gewijzigde vergoedingsmodaliteiten van antibiotica. De wijzigingen zijn gebeurd binnen de wettelijke procedures. Ik neem akte van de opmerkingen van de heer De Maeseneer en professor Louckx.

De Europese Code verzet zich niet tegen een financieel aandeel van de patiënt en legt slechts een gemiddeld plafond voor geneesmiddelen vast. Bovendien werd het essentieel karakter van geneesmiddelen geëvalueerd en werd daarbij rekening gehouden met factoren zoals de situatie van de individuele patiënt, het maatschappelijk belang en de nood om antibioticaresistentie te beperken.

Als er doden vallen door sepsis ligt dat immers vooral aan antibioticaresistentie. De plaats van de antibiotica in het therapeutisch arsenaal is niet gewijzigd door de wijziging van de vergoedingscategorie. Reglementair gezien is de categorie enkel gedefinieerd door het terugbetalingspercentage. Momenteel onderzoekt het RIZIV hoe uitvoering kan gegeven worden aan de indicatoren die BAPCOC voor 2015-2019 formuleerde in een strategisch plan in verband met

Seuls les patients vulnérables ne prendront pas leurs antibiotiques pour des raisons financières. Précisément chez eux, une bronchite évoluera en infection pulmonaire, ce qui pourrait même avec le temps coûter plus cher à la sécurité sociale.

Les antibiotiques sont reconnus par l'Organisation Mondiale de la Santé comme des médicaments essentiels. Le Code européen en matière de sécurité sociale prévoit que le ticket modérateur sur les médicaments essentiels ne peut dépasser 25 %. En classant les antibiotiques dans la catégorie C, la Belgique ne respecte pas le Code européen. Le professeur Louckx de la VUB a déjà confirmé que les patients pourront s'adresser au juge pour récupérer l'excédent qu'ils doivent déboursier pour les antibiotiques.

Jan De Maeseneer, de l'Université de Gand, s'est également exprimé en termes très critiques à propos de cette mesure.

Comment la ministre justifie-t-elle le classement des antibiotiques dans la catégorie de remboursement C? Comment justifie-t-elle le non-respect du Code européen en matière de sécurité sociale? Envisage-t-elle encore des adaptations des catégories du système de remboursement?

**12.04** **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je ne suis pas au courant de l'existence de problèmes juridiques quelconques concernant les changements de catégorie pour le remboursement des antibiotiques. Les changements sont intervenus dans le respect des procédures légales. Je prends acte des observations de M. De Maeseneer et du professeur Louckx.

Le Code européen n'est pas opposé à une participation financière du patient et impose uniquement un plafond moyen pour les médicaments. De plus, le caractère essentiel de médicaments a été évalué et il a été tenu compte à cet égard de facteurs tels que la situation individuelle du patient, l'intérêt sociétal et la nécessité de limiter la résistance aux antibiotiques.

Si les septicémies provoquent des décès, c'est surtout en raison de la résistance aux antibiotiques. La place des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique n'a pas changé en raison du changement de catégorie pour le remboursement. Réglementairement, la catégorie est uniquement définie par le pourcentage de remboursement. L'INAMI étudie actuellement les possibilités de mettre en œuvre les indicateurs formulés par BAPCOC pour 2015-2019 dans un plan stratégique



het gebruik van antibiotica.

Wij streven dus naar een daling van het antibioticagebruik van 800 voorschriften per 1.000 inwoners naar 400 in 2025, een daling van het verbruik van quinolone van 10 naar 5% van het antibioticaverbruik in 2018, en een stijging van de verhouding amoxicilline versus breed spectrum amoxicilline clavulaanzuur van 50/50 naar 80/20 in 2018.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kreeg reeds de opdracht om een voorstel te formuleren voor aanpassing van de vergoedingsmodaliteiten van de quinolones. Inzake het voorschrijfgedrag komen er gerichte acties naar de voorschrijvers.

De wijziging van de categorie betrof trouwens enkel antibiotica die via orale weg toegediend worden en beschikbaar zijn in de open officina. De antibiotica die intraveneus of via inhalatie toegediend worden, maar ook de antibiotica waarvoor het gebruik voorbehouden is aan het ziekenhuis, behouden hun originele categorie. Zelfs perorale behandelingen vallen overigens onder het ziekenhuisforfait voor geneesmiddelen.

Voor de meest kwetsbare patiënten blijft de maximumfactuur van toepassing. De groep van voorkeursgerechtigden telt in ons land 1,9 miljoen burgers op 11 miljoen en die groep breidt nog altijd uit. Voor de meest kwetsbaren zijn er veel lagere remgelden van toepassing.

**12.05 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Twintig jaar geleden zijn er al acties geweest om het voorschrijfgedrag van de artsen en zeker van de huisartsen aan te pakken. Dat is toen niet of nauwelijks gelukt. Ik hoop dat de communicatie deze keer meer succes oplevert.

**12.06 Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Meer doen betalen zorgt niet voor vermindering van consumptie. Dat is blijkbaar een dogma voor de minister, maar zo werkt het niet. Het gedrag van de voorschrijvers moet veranderen.

*Het incident is gesloten.*

De **voorzitter**: Vragen nrs. 18348, 18354 en 18358 van mevrouw Katrin Jadin worden omgevormd in schriftelijke vragen.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.35 uur.*

relatif à la consommation d'antibiotiques.

Notre objectif est de réduire la prescription d'antibiotiques de 800 à 400 pour mille habitants en 2025, la consommation de quinolones de 10 à 5 % de la consommation d'antibiotiques en 2018 et d'augmenter la proportion d'amoxicilline par rapport à un large spectre d'amoxicilline/acide clavulanique de 50/50 à 80/20 en 2018.

La Commission de Remboursement des Médicaments a déjà été chargée de formuler une proposition pour l'adaptation des modalités de remboursement des quinolones. En ce qui concerne le comportement prescripteur, des actions ciblées seront organisées.

Le changement de catégorie concernait d'ailleurs uniquement les antibiotiques administrés par voie orale et disponibles dans les officines ouvertes. Les antibiotiques administrés par voie intraveineuse ou inhalation, mais aussi ceux dont l'utilisation est réservée aux hôpitaux, conservent leur catégorie d'origine. Même les traitements peroraux relèvent du forfait hospitalier pour les médicaments.

Le maximum à facturer reste d'application pour les patients les plus vulnérables. Le groupe des patients privilégiés compte dans notre pays 1,9 million sur 11 millions de citoyens et s'étend constamment. Pour les plus vulnérables, des tickets modérateurs moins élevés sont d'application.

**12.05 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Il y a 20 ans, des actions ont déjà été entreprises pour modifier le comportement prescripteur des médecins et, en particulier, des généralistes. À l'époque, cette initiative n'avait pas réussi, ou si peu. J'espère que, cette fois, la communication aura davantage de succès.

**12.06 Raoul Hedebouw** (PTB-GO!): Faire payer plus ne réduira pas la consommation. Le principe contraire constitue manifestement un dogme pour la ministre, mais les choses ne se passent pas ainsi. C'est le comportement des prescripteurs qui doit changer.

*L'incident est clos.*

La **présidente**: Les questions n°18348, 18354 et 18358 de Mme Katrin Jadin sont transformées en questions écrites.

*La réunion publique de commission est levée à 12 h 35.*

