



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

Dinsdag

26-09-2017

Namiddag

Mardi

26-09-2017

Après-midi

| | |
|--------------------|---|
| 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 cdH | Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen 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 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer | DOC 54 0000/000 | Document parlementaire de la 54 ^e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif |
| QRVA | Schriftelijke Vragen en Antwoorden | QRVA | Questions et Réponses écrites |
| CRIV | Voorlopige versie van het Integraal Verslag (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

| | |
|---|---|
| Samengevoegde vragen van | 1 |
| - juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geldigheid van het (elektronisch) voorschrift" (nr. 18761) | 1 |
| - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 20336) | 1 |
| - de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mate waarin artsen gebruikmaken van e-gezondheidszorg" (nr. 20249) | 1 |
| - mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terughoudendheid van artsen ten aanzien van e-gezondheid" (nr. 20372) | 1 |
| <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck, voorzitter van de cdH-fractie, Daniel Senesael, Véronique Caprasse, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i> | |
| Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 20077) | 4 |
| <i>Sprekers: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i> | |
| Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsopleiding" (nr. 20045) | 5 |
| <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i> | |
| Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het delen van het globaal medisch dossier" (nr. 20052) | 7 |
| <i>Sprekers: Daniel Senesael, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i> | |
| Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de waarschuwing van Kom op tegen Kanker voor de mogelijke gevaren van een nieuw soort sigaretten" (nr. 20082) | 8 |
| <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i> | |

SOMMAIRE

| | |
|---|---|
| Questions jointes de | 1 |
| - Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la validité des prescriptions (électroniques)" (n° 18761) | 1 |
| - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 20336) | 1 |
| - M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'implication des médecins dans l'e-santé" (n° 20249) | 1 |
| - Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réticences des médecins face à l'e-santé" (n° 20372) | 1 |
| <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Catherine Fonck, présidente du groupe cdH, Daniel Senesael, Véronique Caprasse, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i> | |
| Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 20077) | 4 |
| <i>Orateurs: Yoleen Van Camp, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i> | |
| Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en médecine générale" (n° 20045) | 5 |
| <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i> | |
| Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le partage du dossier médical global" (n° 20052) | 7 |
| <i>Orateurs: Daniel Senesael, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i> | |
| Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en garde de Kom op tegen Kanker contre les dangers potentiels d'un nouveau type de cigarettes" (n° 20082) | 8 |
| <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i> | |

| | | | |
|--|----|--|----|
| Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zinkoxide" (nr. 20096) <i>Sprekers: Nathalie Muylle, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 9 | Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxyde de zinc" (n° 20096) <i>Orateurs: Nathalie Muylle, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 9 |
| Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sterke toename van het gebruik van de zware pijnstillers Oxycodon" (nr. 20125) <i>Sprekers: Anne Dedry, Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 10 | Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la forte augmentation de la consommation du puissant antalgique Oxycodon" (n° 20125) <i>Orateurs: Anne Dedry, Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 10 |
| Samengevoegde vragen van | 11 | Questions jointes | 11 |
| - de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vermindering van het aantal ziekenwagens" (nr. 20130) | 11 | - de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction du parc des ambulances" (n° 20130) | 11 |
| - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende geneeskundige hulpverlening" (nr. 20177) <i>Sprekers: André Frédéric, Catherine Fonck,</i> voorzitter van de cdH-fractie, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 11 | - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20177) <i>Orateurs: André Frédéric, Catherine Fonck,</i> présidente du groupe cdH, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 11 |
| Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de responsabilisering van de bedrijven inzake de gezondheidseffecten van hun activiteiten" (nr. 20140) <i>Sprekers: Maggie De Block,</i> minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Muriel Gerkens | 13 | Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la responsabilisation des entreprises en ce qui concerne l'impact de leurs activités sur la santé" (n° 20140) <i>Orateurs: Maggie De Block,</i> ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Muriel Gerkens | 13 |
| Samengevoegde vragen van | 14 | Questions jointes de | 14 |
| - de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van ongebruikte en niet vervallen geneesmiddelen" (nr. 20159) | 14 | - M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la destruction des médicaments non utilisés et non périmés" (n° 20159) | 14 |
| - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "solidaire apotheken" (nr. 20320) <i>Sprekers: André Frédéric, Catherine Fonck,</i> voorzitter van de cdH-fractie, Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 15 | - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pharmacies solidaires" (n° 20320) <i>Orateurs: André Frédéric, Catherine Fonck,</i> présidente du groupe cdH, Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 15 |
| Samengevoegde vragen van | 17 | Questions jointes de | 17 |
| - de heer Jean-Marc Nollet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van jodiumtabletten in België" (nr. 20172) | 17 | - M. Jean-Marc Nollet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution des pilules d'iode en Belgique" (n° 20172) | 17 |

| | | | |
|---|----|--|----|
| - mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van jodium in België bij een kernongeval" (nr. 20711) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 17 | - Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité d'iode en Belgique en cas d'accident nucléaire" (n° 20711) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 17 |
| Samengevoegde vragen van | 19 | Questions jointes de | 19 |
| - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie over "de dringende medische hulp" (nr. 20630) | 19 | - Mme Muriel Gerkens au ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale, sur "l'aide médicale urgente" (n° 20630) | 19 |
| - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulp" (nr. 20631) <i>Sprekers: Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 19 | - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20631) <i>Orateurs: Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 19 |
| Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de huisartsenwachtposten" (nr. 20178) <i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de cdH-fractie, <i>Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 20 | Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des postes de garde de médecine générale" (n° 20178) <i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe cdH, <i>Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 20 |
| Samengevoegde vragen van | 22 | Questions jointes de | 22 |
| - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg" (nr. 20186) | 22 | - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de soins de santé mentale" (n° 20186) | 22 |
| - mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de budgettaire impact van de erkenning van de klinisch psychologen" (nr. 20190) | 22 | - Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'incidence budgétaire de la reconnaissance des psychologues cliniciens" (n° 20190) | 22 |
| - mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychische hulp voor jongeren" (nr. 20567) <i>Sprekers: Muriel Gerkens, Anne Dedry, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | 22 | - Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide psychologique pour les jeunes" (n° 20567) <i>Orateurs: Muriel Gerkens, Anne Dedry, Karin Jiroflée, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | 22 |
| Samengevoegde vragen van | 25 | Questions jointes de | 25 |
| - mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20199) | 25 | - Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le marché parallèle d'importation de médicaments" (n° 20199) | 25 |
| - de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20524) | 25 | - M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'importation parallèle de médicaments" (n° 20524) | 25 |
| - mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over | 25 | - Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des | 25 |

| | | | |
|--|----|---|----|
| "generische geneesmiddelen herverpakt tot merkgeneesmiddelen" (nr. 20262) | | médicaments génériques reconditionnés sous la forme de médicaments de marque" (n° 20262) | |
| - mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van herverpakte generische geneesmiddelen tegen een hogere prijs" (nr. 20655) | 25 | - Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revente de médicaments génériques reconditionnés à un tarif supérieur" (n° 20655) | 25 |
| <i>Sprekers: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Anne Dedry, Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | | <i>Orateurs: Daniel Senesael, Karin Jiroflée, Anne Dedry, Muriel Gerkens, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | |
| Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het korsakovsyndroom" (nr. 20223) | 29 | Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de Korsakoff" (n° 20223) | 29 |
| <i>Sprekers: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | | <i>Orateurs: Daniel Senesael, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | |
| Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan en de hoge prijs van bepaalde geneesmiddelen" (nr. 20252) | 30 | Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pénuries et le coût élevé de certains médicaments" (n° 20252) | 30 |
| <i>Sprekers: André Frédéric, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | | <i>Orateurs: André Frédéric, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | |
| Samengevoegde vragen van | 32 | Questions jointes de | 32 |
| - de heer Stefaan Vercamer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van de NMR-toestellen" (nr. 20278) | 32 | - M. Stefaan Vercamer à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des équipements d'imagerie par résonance magnétique (RMN)" (n° 20278) | 32 |
| - mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van NMR-toestellen" (nr. 20659) | 32 | - Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 20659) | 32 |
| <i>Sprekers: Stefaan Vercamer, Maggie De Block</i> , minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid | | <i>Orateurs: Stefaan Vercamer, Maggie De Block</i> , ministre des Affaires sociales et de la Santé publique | |

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 26 SEPTEMBER 2017

Namiddag

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

du

MARDI 26 SEPTEMBRE 2017

Après-midi

De behandeling van de vragen vangt aan om 14.23 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La discussion des questions est ouverte à 14 h 23 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 **Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geldigheid van het (elektronisch) voorschrift" (nr. 18761)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 20336)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mate waarin artsen gebruikmaken van e-gezondheidszorg" (nr. 20249)
- mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terughoudendheid van artsen ten aanzien van e-gezondheid" (nr. 20372)

01 **Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la validité des prescriptions (électroniques)" (n° 18761)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 20336)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'implication des médecins dans l'e-santé" (n° 20249)
- Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les réticences des médecins face à l'e-santé" (n° 20372)

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Na een moeizame start door kinderziekten in de software blijkt het elektronisch voorschrijven nu vlotter te verlopen.

01.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Après un démarrage difficile en raison des maladies infantiles du logiciel, les prescriptions électroniques semblent plus fluides.

Zullen deze voorschriften net als de papieren versie drie maanden geldig blijven? Is de minister van oordeel dat een langere geldigheidsduur het elektronisch voorschrift een extra stimulans zou geven? Heeft zij plannen in die richting? Waarom is dit nu drie maanden? Zal men met dit nieuwe systeem kunnen nagaan hoeveel attesten voor terugbetaling in het algemeen te laat of nooit worden ingediend?

Ces prescriptions demeureront-elles valables trois mois, à l'instar de la version papier? La ministre est-elle d'avis qu'une durée de validité prolongée donnerait une impulsion supplémentaire à la prescription électronique? A-t-elle prévu des mesures dans ce sens? Pourquoi le délai a-t-il été fixé à trois mois? Ce nouveau système permettra-t-il de déterminer la proportion d'attestations de remboursement qui ne sont jamais introduites ou le sont tardivement?

01.02 Catherine Fonck (cdH): In oktober zal de software PARIS gelanceerd worden, als flankerende maatregel voor de toepassing van het elektronische voorschrift. Velen vragen echter dat oudere artsen met papieren voorschriften zouden kunnen blijven werken, vooral om te vermijden dat ze hun praktijk sneller dan gepland zouden stopzetten. Die mogelijkheid zou moeten worden behouden tot de invoering van het elektronische voorschrift samenvalt met het gebruik van het elektronisch medische dossier, dat per 1 januari 2021 verplicht wordt. Het elektronische voorschriften is uiteindelijk een must, maar men moet ondertussen wel rekening houden met de werkelijkheid, zoals het tekort aan huisartsen in bepaalde streken.

De lancering van de software staat toch niet haaks op een verlenging van het gebruik – idealiter tot in 2021 – van het papieren voorschrift voor oudere artsen?

01.03 Daniel Senesael (PS): Zullen er voor de oudere artsen opleidingen voor het elektronisch voorschrift georganiseerd worden en zo ja, hoe?

01.04 Véronique Caprasse (DéFI): Volgens het onderzoek van Newpharma en MediQuality bij 400 artsen denkt slechts 15% van hen dat e-gezondheid de relatie met hun patiënten zal verbeteren. Ze staan huiverachtig tegenover innovaties zoals het eHealthplatform wegens problemen bij het gebruik, het gebrek aan gegevensbescherming en de risico's op vergissingen. Slechts 33% van de ondervraagden gebruikt het elektronisch voorschrift. Op dat voorschrift zouden de gebruikelijke raadgevingen voor de geneesmiddeleninname niet kunnen worden aangebracht en men is beducht voor de technische problemen waar er al in een vorige vraag in mei naar verwezen werd.

De ondervraagde artsen vrezen dat er minder rekening zal worden gehouden met de menselijke factor. De wearables geven een vals gevoel van zekerheid en bieden onvoldoende gegevensbeveiliging. De diversiteit van de softwarepakketten en hun onderlinge incompatibiliteit ondermijnen de gegevensuitwisseling, behalve naar verluidt in Wallonië.

Hoeveel artsen hebben er in elk Gewest voor het elektronisch voorschrift gekozen? Welk percentage van de artsen vertegenwoordigen ze? Hoe staat het met de oplossing voor de mensen zonder identiteitskaart? Handhaaft u de algemene

01.02 Catherine Fonck (cdH): En octobre sera lancé le logiciel PARIS, permettant d'accompagner l'informatisation de la prescription. Il y a pourtant une forte demande pour que les médecins plus âgés puissent continuer à utiliser la prescription papier, surtout pour éviter qu'ils ne cessent leur activité plus tôt que prévu. Cette possibilité devrait être maintenue jusqu'à la concordance avec le dossier médical informatique, prévue pour le 1^{er} janvier 2021. Oui, il faut aller vers la prescription électronique, mais en tenant compte des réalités, comme la pénurie de généralistes dans certaines régions.

Le lancement du logiciel ne contredit-il pas la prolongation – idéalement jusqu'en 2021 – de la prescription papier pour les médecins les plus âgés?

01.03 Daniel Senesael (PS): Y a-t-il des formations à la prescription électronique prévues pour les médecins plus âgés? Comment seront-elles organisées?

01.04 Véronique Caprasse (DéFI): Selon l'enquête de New-Pharma et MediQuality auprès de 400 médecins, seuls 15 % pensent que la santé numérique améliorera la relation avec leurs patients. Ils doutent des innovations comme la plateforme e-health à cause des difficultés d'utilisation, du manque de confidentialité des données et des risques d'erreur. Seuls 33 % des interrogés ont adopté la prescription électronique. Elle ne permettrait pas d'insérer tous les conseils habituels de prise de médicaments et on craint les problèmes techniques déjà évoqués en mai dans une question précédente.

Les médecins sondés redoutent une moindre prise en compte du facteur humain; les objets connectés rassurent à tort et n'assurent pas la sécurité des données. La diversité des logiciels et leur incompatibilité mettent à mal le partage des données, sauf, semble-t-il, en Wallonie.

Combien de médecins ont adopté la prescription électronique dans chaque Région? Quel pourcentage du corps médical représentent-ils? Où en est la solution pour les personnes sans carte d'identité? Maintenez-vous son entrée en vigueur

inwerkingtreding op 1 januari 2018? Pleegt u overleg met de artsen om rekening te kunnen houden met de problemen die zich in het veld voordoen op het vlak van het elektronisch voorschrift en de evolutie naar meer e-gezondheid? Hoe staat het met de voorlichting van de patiënten, de artsen, de apothekers, de ziekenfondsen en alle andere betrokken actoren? Zal er nog steeds een folder via de apotheken verspreid worden, zoals u in uw antwoord van mei vermeld had? Hoe staat het met de artsen?

01.05 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): Ik meen dat ik op de vraag van mevrouw Van Camp al volledig heb geantwoord op 21 juli.

(Frans) Ik heb kennisgenomen van de bevindingen van de enquête. Ik ontken de bezorgdheid van de practitioners of de praktische problemen niet, maar de signalen die ik ontvang, zijn bemoedigend. Wat de telematicapremie 2016 betreft, heeft de helft van de huisartsen de vastgelegde drempels bereikt voor minstens drie van de zes parameters. Heel wat huisartsen hebben in de tweede helft van 2016 minstens een vierde van hun voorschriften elektronisch opgesteld en steeds meer huisdokters maken gebruik van het elektronische voorschrift.

Het elektronische voorschrift is ook in opmars in de ambulante zorg. Via een app zal de voorschrijver zich met zijn identiteitskaart en zijn pincode kunnen identificeren. Dit zal vooral interessant zijn voor huisartsen, specialisten, tandartsen en vroedvrouwen die geen toegang hebben tot het programma voor het beheer van het patiëntendossier of tot het ziekenhuisinformatiesysteem, of die nog niet over een elektronisch medisch dossier beschikken.

Het gaat hier om voorschrijvers die geen praktijk meer houden of die voor een verzekeringsinstelling, bij de administratie of in het onderwijs werken, maar ook om oudere voorschrijvers die stilaan uitbollen.

Er komt een voorafgaande testfase in reële omstandigheden. De toepassing zal in december 2017 beschikbaar zijn. Na de testfase volgt een communicatiecampagne. Vanaf 2018 zal het elektronische voorschrift veralgemeend worden ingevoerd.

Vanaf 2015 heb ik met de deelgebieden overeenkomsten gesloten voor een bedrag van 2 miljoen euro, met de bedoeling dat zij e-gezondheid ingang zouden doen vinden bij de dienstverleners.

Het RIZIV heeft bijzonder veel werk verricht.

généralisée au 1^{er} janvier 2018? Dialoguez-vous avec les médecins pour prendre en compte les difficultés sur le terrain, tant pour la prescription électronique que pour les évolutions vers l'e-santé? Qu'en est-il de l'information aux patients, aux médecins, aux pharmaciens, aux mutuelles et à tous les acteurs concernés? Le dépliant à diffuser en pharmacie évoqué dans votre réponse de mai est-il toujours d'actualité? Qu'en est-il des médecins?

01.05 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): Je pense avoir déjà répondu exhaustivement à la question de Mme Van Camp le 21 juin.

(En français) J'ai pris connaissance des conclusions de l'enquête. Sans nier les inquiétudes des prestataires ou les problèmes pratiques, les signaux qui me parviennent sont encourageants. Pour la prime télématique 2016, la moitié des généralistes ont atteint les seuils fixés pour au moins trois des six paramètres. Nombre de médecins généralistes ont établi au moins un quart de leurs prescriptions par voie électronique lors du second semestre 2016 et ils sont de plus en plus nombreux à recourir à ce mode de prescription.

La prescription électronique en ambulatoire gagne également du terrain. Une application permettra au prescripteur de s'identifier avec sa carte d'identité et son code PIN. Ses principaux bénéficiaires seront les généralistes ou spécialistes, les dentistes et les sage-femmes qui n'ont pas accès au logiciel de gestion du dossier patient ou au système d'information hospitalier ou qui ne disposent pas encore de dossier médical informatisé.

Sont concernés également les prescripteurs n'ayant plus de pratique ou travaillant dans des organismes assureurs, l'administration ou l'enseignement mais aussi les prescripteurs plus âgés en fin de pratique.

Une phase de test préalable en situation réelle est prévue. L'application sera disponible en décembre 2017. Une communication suivra la phase de test. À partir de 2018, la prescription électronique sera généralisée.

Depuis 2015, j'ai conclu des conventions avec les entités fédérées à hauteur de 2 millions d'euros pour qu'elles promeuvent l'e-santé auprès des prestataires.

L'INAMI a effectué un travail considérable.

(Nederlands) Papieren voorschriften zullen zeldzaam worden, maar mogelijk blijven wanneer geen elektronisch voorschrift kan worden afgeleverd. PARIS is een goede aanvulling voor oudere mensen en mensen die occasioneel voorschrijven.

(En néerlandais) Les prescriptions papier sont appelées à se raréfier mais elles resteront utilisables s'il est impossible de délivrer une prescription électronique. L'application PARIS constitue un complément efficace pour les personnes âgées et pour les prescripteurs occasionnels.

01.06 Catherine Fonck (cdH): U bevestigt dat het elektronisch voorschrift algemeen zal worden ingevoerd, maar dat er in geval van technische problemen en voor oudere artsen in de mogelijkheid wordt voorzien om met papieren voorschriften te blijven werken. Dat was een fundamentele eis van de artsen. Als men wil dat dit project slaagt, dan zijn dergelijke aanpassingen onontbeerlijk.

01.06 Catherine Fonck (cdH): Vous confirmez qu'il y aura une généralisation de la prescription électronique mais qu'en cas de problèmes techniques et pour les médecins plus âgés, la possibilité de prescrire sur papier continuera d'exister. C'était une demande fondamentale du terrain. Si l'on veut que ce soit une réussite, de telles adaptations sont indispensables.

01.07 Véronique Caprasse (DéFI): U hebt een bevredigend globaal antwoord gegeven, maar ik veronderstel dat er voor patiënten die geen identiteitskaart met een chip hebben nog met papieren voorschriften zal worden gewerkt.

01.07 Véronique Caprasse (DéFI): Cette réponse globale est satisfaisante mais je suppose que pour les patients sans carte d'identité à puce, la solution sera le document papier.

01.08 Minister Maggie De Block (Frans): Er is een oplossing voor houders van een Belgische identiteitskaart of verblijfskaart. De discussie is nog aan de gang wat de sans-papiers betreft.

01.08 Maggie De Block, ministre (en français): Une solution existe pour les détenteurs d'une carte d'identité belge ou d'une carte de séjour. La discussion est en cours pour les sans-papiers.

01.09 Véronique Caprasse (DéFI): Voor personen met een identiteitskaart zonder chip is er nog altijd een probleem. Dat is niet de verantwoordelijkheid van de arts.

01.09 Véronique Caprasse (DéFI): Le problème demeure pour les cartes d'identité sans puce. Ce n'est pas la responsabilité du médecin.

De **voorzitter**: Vóór het reces stelde u dat er een gedoogperiode zou worden ingevoerd voor oudere artsen. Sommige administraties hebben niet alle identiteitsdocumenten geactualiseerd. Dit zal nader moeten worden onderzocht.

La **présidente**: Avant les vacances, vous précisiez qu'il y aurait un délai de tolérance pour les médecins âgés. Certaines administrations n'ont pas actualisé tous les documents d'identité. Il faudra investiguer davantage.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 20077)

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 20077)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Als bewarende maatregel werd tot na de uitvoering van een audit een moratorium ingesteld op de erkenning van nieuwe wijkgezondheidscentra (WGC's).

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): À titre de mesure conservatoire, un moratoire a été instauré concernant l'agrément de nouvelles maisons médicales jusqu'après la réalisation d'un audit.

Hoe ver staat de audit? Zal men de resultaten aan het Parlement bezorgen? Is het moratorium nog van kracht? Op 2 oktober 2017 gaat in Opplabbeek een nieuw WGC van start dat zich opwerpt als een antenne van het WGC in Genk. Is de minister het ermee eens dat men hier van een achterpoortje

Quel est l'état d'avancement de cet audit? Les résultats en seront-ils communiqués au Parlement? Le moratoire est-il encore d'application? Le 2 octobre 2017, une nouvelle maison médicale qui ouvrira ses portes à Opplabbeek se présente comme une antenne de la maison médicale de

gebruikmaakt?

02.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De audit zal tegen eind 2017 worden afgerond. Door een probleem in de administratie werden de werkzaamheden te laat opgestart. Bovendien was de medewerking niet meteen optimaal.

Intussen blijven alle onderdelen van de regeringsbeslissing van oktober 2016 volledig gelden, ook het moratorium.

Bij het RIZIV is geen aanvraag ingediend voor een forfaitaire tegemoetkoming voor een WGC in Opglabbeek, want die valt onder het moratorium. De betrokkenen kunnen zich echter wel nog steeds organiseren, privé, in een medisch huis volgens de gewone prestatiefinanciering en via de derdebetalersregeling, zoals andere huisartsen.

Ter verduidelijking: de audit gaat over de forfaitaire betaling.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsopleiding" (nr. 20045)

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Naar verluidt is er nog altijd een probleem om jaarlijks 18 miljoen euro extra te vinden om de lonen van de haio's (huisartsen in opleiding) verder uit te betalen. Dat loon wordt voor de helft betaald door het RIZIV en voor de helft door de huisartsen waar de haio's in dienst zijn. De minister suggereerde zelf als oplossing om de ziekenhuisstage in de basisopleiding te laten meetellen in de beroepsopleiding tot huisarts, waardoor een half jaar zou kunnen worden uitgespaard. De sector is hier niet voor te vinden omdat die stage niets te maken heeft met de vereiste vaardigheden in de huisartsenopleiding als zodanig.

Vindt de minister ook niet dat deze kwestie het beroep van huisarts minder aantrekkelijk maakt? Wil zij die ziekenhuisstage nog altijd laten meetellen? Waarom? Zal zij die 18 miljoen euro kunnen vrijmaken of is dit voor een volgende regering?

03.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): De beslissing over de dubbele cohorte mag niet aan de

Genk. La ministre est-elle d'accord que l'on recoure à de tels procédés?

02.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): L'audit sera clôturé d'ici fin 2017. En raison d'un problème administratif, les travaux ont démarré tardivement. De plus, la collaboration n'a pas été d'emblée optimale.

Dans l'intervalle, tous les pans de la décision gouvernementale d'octobre 2016 restent intégralement d'application, en ce compris le moratoire.

Aucune demande d'intervention forfaitaire n'a été introduite auprès de l'INAMI pour une maison médicale à Opglabbeek car cette dernière ressortit au moratoire. Il est toujours possible d'organiser, à titre privé, une maison médicale selon le mode de financement normal des prestations et en pratiquant le tiers-payant, comme les autres généralistes.

À titre de précision: l'audit concerne le paiement forfaitaire.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation en médecine générale" (n° 20045)

03.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Il me revient que le paiement des salaires des médecins généralistes en formation (MGFP), lequel représente un montant annuel supplémentaire de 18 millions d'euros, pose toujours un problème. Ce salaire est financé pour moitié par l'INAMI et par les médecins généralistes auprès desquels les MGFP sont en service. La ministre a même suggéré comme solution de faire compter pour la formation professionnelle de médecin généraliste le stage en hôpital effectué pendant la formation de base, ce qui permettrait de réaliser une économie de six mois. Le secteur ne veut pas entendre parler de cette piste, parce que le stage en question n'a aucun lien avec les compétences exigées dans le cadre de la formation de médecin généraliste.

La ministre ne trouve-t-elle pas aussi que ce problème rend le métier de généraliste moins attrayant? Entend-elle toujours faire entrer en ligne de compte le stage en hôpital? Pourquoi? Parviendra-t-elle à libérer les 18 millions d'euros en question ou cette tâche sera-t-elle laissée au prochain gouvernement?

03.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): La décision relative à la double cohorte ne doit pas

volgende regering worden overgelaten, zoals de vorige regering wel heeft gedaan, want daarna is dit niet makkelijk bij te sturen. Dat is een gevolg van de beslissing van de Hoge Raad van artsenspecialisten en huisartsen om de opleiding tot arts terug te brengen van zeven naar zes jaar.

Het aantal inschrijvingen voor het toelatingsexamen wijst op een grote belangstelling en de planningscommissie heeft geadviseerd om van de gepromoveerde artsen ongeveer 40% als huisarts te vormen, wat ik onderschrijf. Om de huisartsenopleiding verder te stimuleren, worden de administratiekosten voor de opleiding huisarts binnen het RIZIV aangepast aan de dubbele cohorte. Ook wordt gewerkt aan een aanpassing van het KB dat artikel 55 van de wet geneeskundige verzorging en uitkeringen uitvoert. Gezien de verlenging van de professionele stage voor huisartsen van 24 naar 36 maanden, zal het budget immers moeten worden aangepast. Initiatieven om de vestiging van huisartsen aantrekkelijker te maken, zijn nu een bevoegdheid van de Gemeenschappen.

De verlenging van de professionele stage voor huisartsen valt samen met een langere professionele stage huisartsgeneeskunde en met de introductie van een ziekenhuisstage in de opleiding.

De ziekenhuisstage voor huisartsen valt samen met de dubbele instroom van artsen-specialisten in opleiding in de ziekenhuizen. De voorbije jaren werden de quota in de Franse Gemeenschap ook gevoelig overschreden, wat de druk op de stagecapaciteit sterk verhoogde. Daarnaast is er de bezorgdheid over de kwaliteit van de stages en over de vraag of er voldoende professionele *exposure* is.

De Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen adviseerde om de driejarige professionele vorming zoals gepland voort te zetten, en bevestigde het nut van zes maanden ziekenhuisstage tijdens dit vormingstraject. De Hoge Raad wil wel vermijden dat het vormingstraject zou worden onderbroken door een tekort aan ziekenhuisplaatsen ten gevolge van de dubbele cohorte en de competitie met de kandidaat-specialisten. Om de erkenning van een kandidaat-huisarts alle kansen te geven, pleit de Hoge Raad voor de mogelijkheid van een strikte uitzonderingsmaatregel, met name artikel 28.2 van de Europese richtlijn nr. 36 van 2005 over de beroepskwalificaties. Binnenkort verschijnt een

être renvoyée au prochain gouvernement, comme l'a fait le gouvernement précédent, car il sera difficile de corriger le tir plus tard. Le problème de la double cohorte est la conséquence de la décision du Conseil supérieur des médecins-spécialistes et généralistes de réduire la durée de la formation de médecin de sept à six ans.

Le nombre d'inscriptions à l'examen d'admission témoigne du vif intérêt témoigné à l'égard des études de médecine et la commission de planification a conseillé d'orienter 40 % environ des diplômés vers la formation de généraliste, ce que j'approuve. Pour continuer à encourager la formation de généraliste, l'INAMI a adapté les frais d'administration afférents à cette formation à la double cohorte. Une adaptation de l'arrêté royal mettant en œuvre l'article 55 de la loi sur les soins médicaux et les indemnités est également en cours. Compte tenu de la prolongation de 24 à 36 mois du stage professionnel pour les candidats-généralistes, le budget devra être adapté. Les initiatives tendant à faciliter l'établissement des généralistes ressortissent désormais aux Communautés.

La prolongation du stage professionnel pour les candidats-généralistes s'explique par la prolongation du stage professionnel pour la médecine généraliste mais aussi par l'introduction dans la formation d'un stage en milieu hospitalier.

Le stage pour candidats généralistes en milieu hospitalier coïncide avec la double cohorte de médecins spécialistes en formation dans les hôpitaux. De plus, le dépassement considérable des quotas enregistré au cours des dernières années dans la Communauté française a fortement renforcé la difficulté de trouver des stages. Un autre aspect est l'inquiétude concernant la qualité des stages et la question de savoir si les étudiants sont suffisamment exposés à la réalité professionnelle.

Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes a recommandé de poursuivre la mise en place d'une formation professionnelle de trois ans, comme prévu, et a confirmé l'utilité des six mois de stage hospitalier durant ce trajet de formation. Le Conseil supérieur voudrait cependant éviter que le trajet de formation soit interrompu par un manque de places en hôpital résultant de la double cohorte et de la compétition avec les candidats spécialistes. Pour ne pas hypothéquer la reconnaissance de certains candidats médecins généralistes, le Conseil demande qu'il soit possible de prévoir une mesure d'exception stricte, à savoir l'application de l'article 28.2 de la directive européenne n° 36 de

ministerieel besluit over de erkenning van huisartsen, waardoor kandidaat-huisartsen die een universitair attest hebben voor de jaren 2018-2024, in het raam van hun specifieke opleiding in de huisartsgeneeskunde zes maanden relevante stage zullen kunnen valoriseren, gevolgd in een erkend ziekenhuis tijdens het zesde jaar van de opleidingscyclus die leidt tot het diploma van arts.

De FOD Volksgezondheid heeft me voor de zomer een onderbouwde prognose gegeven van de instroom van artsen in de professionele stages, waardoor we budgetten kunnen plannen voor de verdere professionele vorming van artsen. Ik ijver ervoor om deze budgetten ook effectief te plannen. We moeten nu echt maatregelen nemen en waken over de kwaliteit.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het delen van het globaal medisch dossier" (nr. 20052)

04.01 Daniel Senesael (PS): De Orde der artsen vraagt dat alle patiënten verplicht zouden worden een huisarts te kiezen die hun globaal medisch dossier (GMD) beheert. Daardoor zou een betere zorgverlening mogelijk worden. De Orde vraagt eveneens dat ook specialisten daaraan zouden deelnemen.

Wat vindt u daarvan? Bevestigt u dat het GMD meer ingang gevonden heeft in Vlaanderen dan in Wallonië? Beschikt u over statistieken dienaangaande? Hoe verklaart u die verschillen? Zal u daar iets aan doen?

04.02 Minister Maggie De Block (*Frans*): Het klopt dat de Orde der artsen zou willen dat alle patiënten verplicht een huisarts moeten kiezen die het globaal medisch dossier bijhoudt, maar het is niet zo dat ze daarin een rol weggelegd ziet voor de specialisten. De Orde is immers van oordeel dat de belangrijkste gegevens van het gmd ook voor de andere artsen online beschikbaar zouden moeten zijn, zoals ook in het e-Gezondheidsplan werd vooropgesteld.

Uit de gegevens betreffende de gmd's voor 2015 blijken grote verschillen per regio en per leeftijdscategorie. In Vlaanderen had 67% van de patiënten een gmd, waarvan 52% bij de 25-minners en 95% bij de 74-plussers. In Wallonië had 47,5%

2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. L'arrêté ministériel sur la reconnaissance des médecins généralistes, qui paraîtra bientôt, permettra aux candidats médecins généralistes disposant d'une attestation universitaire pour les années 2018-2024 de valoriser, dans le cadre de leur formation spécifique de médecin généraliste, un stage pertinent de six mois effectué dans un hôpital agréé au cours de la sixième année du cycle de formation débouchant sur le diplôme de médecin.

Avant l'été, le SPF Santé publique m'a transmis un pronostic étayé de l'afflux des médecins dans les stages professionnels, ce qui nous permet de prévoir les budgets en vue de la future formation professionnelle des médecins. Je mettrai tout en œuvre pour que les budgets soient prévus de manière efficace. Il nous faut désormais véritablement prendre des mesures et veiller à la qualité.

L'incident est clos.

04 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le partage du dossier médical global" (n° 20052)

04.01 Daniel Senesael (PS): L'Ordre des médecins demande l'obligation pour tous les patients de choisir un médecin généraliste gérant son dossier médical global (DMG) qui permettrait d'améliorer ses soins. Il demande également que les médecins spécialistes y prennent part.

Qu'en pensez-vous? Confirmez-vous que le DMG est plus implanté en Flandre qu'en Wallonie? Avez-vous des statistiques? Comment expliquez-vous ces différences? Allez-vous y remédier?

04.02 Maggie De Block, ministre (*en français*): J'ai pris connaissance de cette demande mais l'Ordre des médecins n'envisage pas l'intervention de spécialistes. Il estime en effet que les informations les plus importantes du DMG seront accessibles en ligne pour les autres médecins comme le prévoit le Plan e-santé.

Les données de 2015 sur le DMG montrent de grandes différences par région et par tranches d'âges. En Flandre, 67 % avaient un DMG, 52 % pour les moins de 25 ans et 95 % pour les plus de 74 ans. En Wallonie, 47,5 % avaient un DMG, 41 %

een gmd, waarvan 41% bij de 25-minners en 74% bij de 74-plussers. In Brussel had 40% een gmd. Ik bezorg u de tabel.

58% van de bevolking in België heeft een GMD. Deze cijfers moeten genuanceerd worden, want dit percentage varieert sterk naargelang de leeftijd. Ouderen kiezen vaker voor een GMD. Er zijn echter nog andere factoren, socioculturele factoren of de plaats van de huisarts in het zorgaanbod, die de achterstand in Wallonië en Brussel verklaren. Het feit dat het GMD niet gefactureerd wordt, betekent niet dat de arts er geen heeft en zijn patiënt niet correct opvolgt.

Het percentage neemt nu forser toe, en het aantal GMD's stijgt sneller in Wallonië en Brussel. Ik denk dat de situatie geleidelijk aan evenwichtiger zal worden, temeer daar dit nog cijfers van 2015 zijn.

Het incident is gesloten.

05 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de waarschuwing van Kom op tegen Kanker voor de mogelijke gevaren van een nieuw soort sigaretten" (nr. 20082)**

05.01 **Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Er is een nieuw soort sigaret op de markt, die bestaat uit een elektrisch apparaatje waarin tabak wordt opgewarmd in plaats van verbrand. Volgens de producent komen er daardoor minder schadelijke stoffen vrij, maar verschillende verenigingen hebben al gewaarschuwd voor deze nieuwe manier van roken.

Welke impact heeft de nieuwe sigaret op de gezondheid van de roker in vergelijking met een traditionele sigaret en met een e-sigaret? Zal deze nieuwe sigaret ook bij ons op de markt komen? Zal de minister dan maatregelen nemen?

05.02 **Minister Maggie De Block (Nederlands):** IQOS werd onlangs gelanceerd door Philip Morris. Het product zou al op de Nederlandse en Franse markt zijn, maar volgens mij nog niet bij ons. Aangezien het om een recent product gaat, zijn er geen onafhankelijke studies over de gezondheidsimpact van IQOS bekend.

Het KB van 5 februari 2016 geeft een goede wettelijke bescherming aan de consument. Fabrikanten moeten zes maanden voor het in de handel brengen van nieuwe tabaksproducten een notificatie indienen bij de FOD Volksgezondheid. De

pour les moins de 25 ans et 74 % pour les plus de 74 ans. À Bruxelles, 40 % avaient un DMG. Je vous transmets le tableau.

Le taux de couverture par habitant sur tout le territoire est de 58 %. Ces chiffres doivent être interprétés avec nuance car ce taux varie fortement en fonction de l'âge. Les plus âgés choisissent plus souvent le DMG. Mais d'autres facteurs, socio-culturels ou la place du généraliste dans l'offre de soins, expliquent le retard de la Wallonie et de Bruxelles. Le fait que le DMG ne soit pas facturé ne signifie pas que le médecin n'en dispose pas et ne suit pas correctement son patient.

L'augmentation de la couverture étant plus importante, la croissance du DMG est plus forte en Wallonie et à Bruxelles. Je pense que nous arriverons progressivement à l'égalité, d'autant que les chiffres datent de 2015.

L'incident est clos.

05 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en garde de Kom op tegen Kanker contre les dangers potentiels d'un nouveau type de cigarettes" (n° 20082)**

05.01 **Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Un nouveau type de cigarette a fait son apparition sur le marché. Il est composé d'un petit appareil électrique dans lequel du tabac est chauffé au lieu d'être brûlé. Selon le producteur, moins de substances nocives sont ainsi dégagées, mais plusieurs associations ont déjà lancé des avertissements contre cette nouvelle façon de fumer.

Quel impact la nouvelle cigarette a-t-elle sur la santé du fumeur si on la compare à une cigarette traditionnelle et à une cigarette électronique? Cette nouvelle cigarette sera-t-elle également commercialisée chez nous? La ministre prendra-t-elle des mesures?

05.02 **Maggie De Block, ministre (en néerlandais):** La cigarette électronique IQOS a été lancée récemment par Philip Morris. Le produit serait déjà disponible sur les marchés néerlandais et français. S'agissant d'un produit récent, aucune étude indépendante concernant son impact sur la santé n'est actuellement connue.

L'arrêté royal du 5 février 2016 offre une bonne protection légale au consommateur. Les fabricants doivent introduire une notification auprès du SPF Santé publique six mois avant la commercialisation de nouveaux produits du tabac. Le SPF n'a encore

FOD heeft nog geen dossier ontvangen. Het gaat om een product waar tabak in zit, waardoor wettelijke bepalingen zoals het verbod op reclame, op verkoop aan min-zestienjarigen en op het gebruik op openbare plaatsen ook zullen gelden.

05.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Kom op tegen Kanker schreef hierover een brief aan de minister. Ik neem aan dat de minister hen hetzelfde geantwoord heeft.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zinkoxide" (nr. 20096)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): Zinkoxide wordt reeds een tijd gebruikt voor medicinale toepassingen bij dieren. Op Europees niveau zou beslist zijn dat de lidstaten het gebruik van het product nog vijf jaar kunnen toelaten. Binnen AMCRA, het kenniscentrum voor antibioticagebruik en -resistentie bij dieren in België, zou hierover een bijkomende werkgroep worden opgestart.

Wat doen we met die periode van vijf jaar?

06.02 Minister Maggie De Block (*Nederlands*): Het Committee for Veterinary Medicinal Products van de EU heeft negatief geadviseerd. België heeft dan ook de beslissing van de Europese Commissie gesteund om het gebruik van zinkoxide als vergund voormengsel in gemedicineerde voeders uit te faseren.

Onze voorkeur ging uit naar een uitfaseringstermijn die dezelfde was voor de gehele Unie. De beslissing van de Europese Commissie voorziet echter in een maximumtermijn van vijf jaar waarbinnen de individuele lidstaten de vergunningen voor orale geneesmiddelen voor diergeneeskundig gebruik met zinkoxide dienen in te trekken.

Over de uitfasering van zinkoxide als voormengsel vindt overleg plaats tussen Volksgezondheid en Landbouw. We bekijken ook welke positie de omringende lidstaten zullen innemen. Wij trachten ons zoveel mogelijk op dezelfde lijn te plaatsen.

De uitfasering zal zeker moeten gebeuren, gelet op het negatief advies, maar het kan niet de bedoeling zijn dat het antibioticagebruik, dat flink verminderd

reçu aucun dossier. Il s'agit d'un produit contenant du tabac et il est donc soumis aux dispositions légales telles que l'interdiction de publicité, de vente à des moins de seize ans et d'utilisation dans les lieux publics.

05.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): L'organisation Kom op tegen kanker a adressé un courrier à ce sujet à la ministre. Je suppose que la ministre lui a fourni la même réponse.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'oxyde de zinc" (n° 20096)

06.01 Nathalie Muylle (CD&V): L'oxyde de zinc est utilisé depuis un certain temps déjà à des fins médicales auprès des animaux. Au niveau européen, il aurait été décidé que les États membres pourraient autoriser l'utilisation du produit pendant cinq ans encore. Au sein de l'AMCRA, le Centre de connaissance concernant l'utilisation et les résistances aux antibiotiques chez les animaux en Belgique, un groupe de travail supplémentaire aurait été lancé à ce sujet.

Que ferons-nous au cours de cette période de cinq ans?

06.02 Maggie De Block, ministre (*en néerlandais*): Le Committee for Veterinary Medicinal Products de l'UE a rendu un avis négatif. La Belgique a dès lors appuyé la décision de la Commission européenne d'interdire progressivement l'utilisation d'oxyde de zinc comme prémélange dans les aliments médicamenteux.

Nous avons préféré opter pour une interdiction par étapes identique dans l'ensemble de l'Union. La décision de la Commission européenne prévoit toutefois que les États membres individuels doivent retirer les autorisations pour les médicaments oraux à usage vétérinaire contenant de l'oxyde zinc dans un délai de cinq ans.

La suppression par étapes de l'oxyde zinc en tant que prémélange fait l'objet d'une concertation entre la Santé publique et l'Agriculture. Nous sommes également attentifs à la position qui sera prise par les pays voisins. Nous essayons dans toute la mesure du possible d'adopter une position commune.

La suppression par étapes devra certainement être mise en œuvre, compte tenu de l'avis négatif, mais ce retrait ne saurait avoir pour conséquence que la

is, nu terug zou toenemen. Het gaat om de broodwinning van mensen, maar natuurlijk ook om voedselveiligheid en volksgezondheid.

Het incident is gesloten.

07 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sterke toename van het gebruik van de zware pijnstillers Oxycodon" (nr. 20125)**

07.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): De zware pijnstillers Oxycodon wordt steeds meer geslikt. Het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde heeft na een onderzoek de kat de bel aangeboden. Onderzoekers geven ophefmakende cijfers van overdoses en van neveneffecten. Deze pijnstillers blijkt niet onbesproken. Hij veroorzaakt verslaving en zou verantwoordelijk zijn voor het overlijden van een aantal beroemdheden. Ook andere zware pijnstillers gaan steeds vaker over de toonbank.

Is de minister op de hoogte van de stijging van de consumptie van dit geneesmiddel? Zal ze maatregelen nemen om de consumptie te doen dalen? Zal ze ook het voorschrijfgedrag van de artsen aanpakken? Op welke termijn kunnen we maatregelen verwachten om het gebruik van deze, maar ook van andere pijnstillers in te dijken?

07.02 **Minister Maggie De Block** (Nederlands): Mijn diensten volgen de stijging van het gebruik van pijnstillers nauwgezet op. De situatie in de VS verschilt van die van ons land omdat daar erg snel naar zware pijnstillers wordt gegrepen. Patiënten aanvaarden er immers geen pijn, waardoor de arts niet eerst probeert de pijn te stillen met paracetamol of ontstekingsremmers (trap 1) of met zwakke opioïden (trap 2). Zo goed als elk huishouden in de VS heeft oxycodon in de kast. Het middel leidt vaak tot verslaving.

In België loopt het niet zo'n vaart. Dat het gebruik van het middel zo sterk stijgt heeft te maken met de erkenning van de problematiek van chronische pijn in het laatste decennium. Daar komt bij dat de groep patiënten met chronische pijn groeit omdat de bevolking ouder wordt en omdat mensen nu meer zware behandelingen overleven als chemotherapie,

consommation d'antibiotiques, qui a fortement diminué, augmente à nouveau. Le gagne-pain de certains est certes en jeu mais nous devons évidemment aussi être attentifs à la sécurité alimentaire et à la santé publique.

L'incident est clos.

07 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la forte augmentation de la consommation du puissant antalgique Oxycodon" (n° 20125)**

07.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): La consommation du puissant analgésique Oxycodon est en augmentation constante. L'Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, qui lui a consacré une étude, tire la sonnette d'alarme. Les chercheurs citent des chiffres ahurissants concernant des overdoses et des effets secondaires. Cet analgésique ne semble pas à l'abri de critiques. Il entraîne une accoutumance et serait responsable de la mort d'une série de célébrités. La vente d'autres analgésiques puissants est également en augmentation.

La ministre est-elle au courant de l'augmentation de la consommation de ces médicaments? Prendra-t-elle des mesures pour la faire baisser? S'attaquera-t-elle également au comportement prescripteur des médecins? Dans quel délai pouvons-nous attendre des mesures tendant à endiguer la consommation de cette analgésique-ci mais aussi d'autres produits du même type?

07.02 **Maggie De Block**, ministre (en néerlandais): Mes services surveillent très attentivement l'évolution à la hausse de l'utilisation d'antidouleurs. La situation aux États-Unis diffère de celle dans notre pays étant donné que les Américains recourent extrêmement rapidement à des antalgiques lourds. En effet, les patients américains n'acceptant pas la douleur, les médecins ne tentent pas, dans un premier temps, de soulager cette dernière par du paracétamol ou des anti-inflammatoires (palier 1) ou par des opioïdes faibles (palier 2). Aux États-Unis, presque chaque ménage conserve de l'oxycodone dans son armoire-pharmacie. Ce produit induit souvent une dépendance.

En Belgique, nous n'en sommes pas encore à ce stade. Le recours croissant à ce produit est dû à la reconnaissance du problème de la douleur chronique au cours de la dernière décennie. À ce phénomène s'ajoute la croissance du nombre de patients atteints de douleurs chroniques, un phénomène résultant du vieillissement de la

radiotherapie of zware chirurgie.

Vroeger werden trap 3-pijnstillers voor kankerpatiënten voorbehouden. Nu worden ze ook gebruikt voor patiënten met niet-oncologische pijnklachten zoals rugklachten. Dat het gebruik stijgt, heeft zeker ook te maken met het feit dat artsen sneller naar de derde trap overschakelen.

Artsen die in overleg met de patiënt naar trap 3 gaan, moeten de behandeling heel goed opvolgen, de laagste dosis nastreven en de behandeling stoppen zodra dat kan. Een lange inname kan er immers toe leiden dat de patiënt in een vicieuze cirkel terechtkomt van steeds meer pijn voelen en dat bestrijden met nog meer opioïden.

Educatie van de artsen is van groot belang en zowel in de bachelor als in de master geneeskunde moet meer aandacht naar pijnstillers gaan en naar alternatieven voor pijnstillers. Een recent rapport van Kom op tegen Kanker bracht duidelijk aan het licht dat de kennis rond pijnstillers vaak onvoldoende is bij artsen. Universiteiten en wetenschappelijke verenigingen moeten het gebruik van opioïden beter definiëren. De controlerende instanties van het RIZIV spelen een belangrijke rol en hebben reeds initiatieven genomen om met alle betrokken partners rond de tafel te zitten om een correct middelengebruik te eisen.

De educatie van de patiënt is ook belangrijk. Hij moet grondig worden geïnformeerd over de risico's en moet worden gestimuleerd om af te bouwen en niet-medicamenteuze pijnstilling te proberen.

07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): We moeten inderdaad op beide fronten werken. Ik neem aan dat de minister haar bekommernissen over de opleiding rond pijnstillers zal doorspelen aan de deelstaatsministers.

Het incident is gesloten.

08 **Samengevoegde vragen van**

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vermindering van het aantal ziekenwagens" (nr. 20130)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de

population et de la survie des patients après un plus grand nombre de traitements lourds tels que des chimiothérapies, des radiothérapies et des interventions chirurgicales lourdes.

Auparavant, les antalgiques de palier 3 étaient réservés aux patients oncologiques. À présent, ils sont également utilisés pour des patients atteints de douleurs non cancéreuses telles que les maux de dos. La hausse de leur utilisation est sans doute également due à la propension des médecins à passer plus rapidement au palier 3.

Les médecins qui passent, en concertation avec le patient, au palier 3 doivent veiller à un très bon suivi du traitement, tendre vers la dose la plus faible et cesser le traitement dès que possible. Une consommation prolongée peut en effet entraîner le patient dans un cercle vicieux caractérisé par des douleurs toujours plus fortes qu'il faut combattre au moyen d'opioïdes toujours plus puissants.

L'éducation des médecins revêt une grande importance et tant le bachelier que le master en médecine doivent accorder une plus grande attention aux analgésiques et à leurs alternatives. Un rapport récent de l'association *Kom op tegen Kanker* a montré clairement que les médecins ont souvent une connaissance insuffisante des antidouleurs. Les universités et les associations scientifiques doivent mieux définir la consommation des opioïdes. Les instances de contrôle de l'INAMI jouent également un rôle important et ont déjà pris des initiatives pour s'asseoir avec tous les partenaires autour de la table pour exiger une consommation correcte des médicaments.

L'éducation du patient est également importante. Il doit être informé de manière approfondie sur les risques auxquels il s'expose et être encouragé à diminuer sa consommation et à se tourner vers les antidouleurs non médicamenteux.

07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Nous devons en effet œuvrer sur les deux fronts. Je suppose que la ministre fera part à ses homologues des Communautés de ses préoccupations à propos de la formation concernant les antidouleurs.

L'incident est clos.

08 **Questions jointes**

- de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réduction du parc des ambulances" (n° 20130)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20177)

dringende geneeskundige hulpverlening"
(nr. 20177)

08.01 André Frédéric (PS): U zou het ambulancepark uit besparingsoverwegingen met 25% willen terugschroeven en het aanbod vooral in stedelijke gebieden willen concentreren. De verantwoordelijken van de hulpverleningszones vinden dat daarin een gevaar schuilt voor de bevolking van de landelijke gebieden.

Wat zijn de krachtlijnen van dat plan? Welke besparingen hoopt u op die manier te realiseren? Volgens de verantwoordelijken van de hulpverleningszones zouden de burgers daardoor langer moeten wachten op een interventie en meer moeten betalen. Hoe kunnen die nadelige gevolgen worden vermeden?

08.02 Catherine Fonck (cdH): In mei zou u in samenspraak met het departement Binnenlandse Zaken bepalen hoeveel en welk soort ambulances er nog zouden overblijven en waar ze operationeel zouden zijn. Het is de bedoeling de aanrijtijd in 90% van de gevallen te beperken tot 15 minuten. Daarbij zou u bijzondere aandacht besteden aan de dunner bevolkte gebieden.

De verantwoordelijken van de hulpdiensten waarschuwen dat het ambulancepark met 25% zal worden ingekrompen, met langere aanrijtijden en wachttijden én hogere kosten voor de patiënt tot gevolg.

Wat is daarvan aan? Zult u het aantal ambulances verminderen? Wat is de voortgang van het dossier met betrekking tot het budget?

08.03 Minister Maggie De Block (Frans): Op de thematische ministerraad van 13 en 14 mei werd er een bijkomend budget uitgetrokken voor het plan voor de niet-planbare zorg en meer specifiek voor de hervorming van de dringende medische hulpverlening. Die hervorming is geen besparingsoperatie. Er moet integendeel geïnvesteerd worden. Ik wil dat de middelen van de keten van de dringende medische hulpverlening efficiënter ingezet worden. Voor de eerste fase heeft de regering 35 miljoen euro per jaar toegekend. De tarieven voor de verstrekkingen in de dringende medische hulpverlening moeten worden vastgelegd en de factuur moet leesbaar en transparant gemaakt worden. De ambulancediensten moeten duurzaam gefinancierd worden. De medische dispatchings en de strategische ondersteuning moeten worden versterkt en er moet op de uitvoering van de wet toegezien worden.

08.01 André Frédéric (PS): Vous souhaiteriez, pour faire des économies, réduire de 25 % le parc des ambulances, et concentrer l'offre dans les centres urbains. Les responsables des zones de secours y voient un danger pour la population des zones rurales.

Quelles sont les grandes lignes de ce projet? Quelles économies comptez-vous réaliser? Les responsables des zones de secours estiment que les citoyens devraient attendre plus longtemps et payer plus cher. Comment éviter ces conséquences dommageables?

08.02 Catherine Fonck (cdH): En mai, vous allez déterminer avec le département de l'Intérieur le nombre d'ambulances, leur type et leur localisation, afin d'assurer dans 90 % des cas la présence en quinze minutes, et cela en portant une attention particulière aux régions moins peuplées.

Les responsables des services de secours avertissent que le parc des ambulances va être diminué de 25 %, ce qui allongera le temps de déplacement et d'attente et présentera pour le patient un coût plus élevé.

Qu'en est-il? Allez-vous diminuer le nombre d'ambulances? Quelle est l'évolution du dossier sur le plan budgétaire?

08.03 Maggie De Block, ministre (en français): Le Conseil des ministres thématique des 13 et 14 mai a attribué un budget supplémentaire au plan relatif aux soins non planifiables et plus particulièrement à la réforme de l'aide médicale urgente. Cette réforme ne représente pas une économie, elle demande au contraire des investissements. Je veux arriver à une utilisation plus efficace des moyens de la chaîne de l'aide médicale urgente. Pour la première phase, le gouvernement a octroyé 35 millions d'euros par an. Il s'agit de fixer les tarifs de prestations de l'aide médicale urgente et rendre la facture lisible et transparente, de pérenniser le financement du service d'ambulance, de renforcer les dispatchings médicaux et le soutien stratégique et de veiller à l'exécution de la loi.

Voor het eerst sinds de wet van 1964 zal er een drempel voor de minimale dienstverlening worden vastgelegd. 90% van de interventies zal binnen de 15 minuten moeten gebeuren. Volgens de uitgevoerde simulaties kan die drempel worden behouden met 350 uitrukken, of 17% minder dan vandaag.

Om die doelstelling te bereiken mogen wachtdiensten enkel nog in de kazerne worden uitgevoerd. Als er niet aan die voorwaarde wordt voldaan, zal het aantal uitrukken niet kunnen worden verminderd.

De discussie over de vermindering van het aantal ambulances spruit voort uit een uit zijn verband gelichte interpretatie van het plan. In bepaalde zones bedraagt de wachttijd 40 minuten. Dat valt moeilijk aan de patiënt uit te leggen. Volgens de simulaties zou die aanrijtijd in 98% van de gevallen tot minder dan 20 minuten kunnen worden teruggebracht.

Op interventies die niet aan die tijdsvoorwaarde voldoen, zal er een verbeteringstraject worden toegepast.

Het plan werd via de Nationale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening aan alle actoren ter goedkeuring voorgelegd.

08.04 André Frédéric (PS): Ik deel uw bezorgdheid. Volgens ons moet er werk gemaakt worden van kortere aanrijtijden, vooral in landelijke gebieden.

08.05 Catherine Fonck (cdH): De manier waarop u de organisatie van de interventies zult concipiëren en een gericht gebruik van de dringende geneeskundige hulpverlening zult invullen, kan verschillende kanten opgaan. In functie van de politieke keuzes kunnen mogelijke kwalijke gevolgen niet uitgesloten worden, afhankelijk van de manier waarop afstanden en bevolkingsdichtheid meegenomen worden in de berekeningen.

Volgens de verantwoordelijken van de hulpdiensten wilt u het aanbod in de dichtst bevolkte stedelijke gebieden concentreren, wat betekent dat de landelijke gebieden het moeilijk krijgen. Er moet opnieuw een dialoog aangeknoopt worden met de hulpdiensten, zodat er realistische en voor de patiënt positieve maatregelen genomen worden.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de

Pour la première fois depuis la loi de 1964, un seuil de service minimum sera défini. Il faudra que 90 % des interventions se déroulent dans les 15 minutes. Selon les simulations réalisées, ce seuil pourrait être maintenu avec 350 départs, soit 17 % de moins qu'aujourd'hui.

Pour y arriver, il faut uniquement des permanences sous toit. Si cette condition n'est pas remplie, la réduction du nombre de départs sera exclue.

La discussion sur la réduction du nombre d'ambulances est née d'une interprétation hors contexte de ce plan. Dans certaines zones, le temps d'attente est de 40 minutes, ce qu'on a du mal à expliquer au patient. Pourtant, d'après les simulations, ce délai pourrait passer sous les 20 minutes dans 98 % des cas.

Les interventions qui ne répondent pas à ce seuil seront soumises à un trajet d'amélioration.

Le plan est soumis pour validation à tous les intervenants à travers le Conseil national de secours médicaux d'urgence.

08.04 André Frédéric (PS): Je partage votre préoccupation. Nous sommes pour l'amélioration des temps d'intervention, en particulier dans les zones rurales.

08.05 Catherine Fonck (cdH): La manière dont vous construirez l'architecture des interventions et mettrez en œuvre l'utilisation plus ciblée de l'aide médicale urgente peut prendre plusieurs directions. Des effets délétères ne sont pas à exclure dans la prise en compte des distances et des densités de population.

Selon les responsables des services de secours, vous entendez concentrer l'offre dans les centres urbains les plus peuplés, ce qui représente une difficulté pour les régions rurales. Afin de prendre des mesures réalistes et positives pour le patient, il faut renouer le dialogue avec ces services.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de responsabilisering van de bedrijven inzake de gezondheidseffecten van hun activiteiten" (nr. 20140)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): We evolueren op internationaal niveau naar 'zorgvuldigheidseisen' voor bedrijven. Dit wil zeggen dat bedrijven moeten beoordelen wat de gevolgen van hun activiteiten zijn voor mensenrechten, sociale aangelegenheden, het milieu en, in toenemende mate, de gezondheid. Op basis van deze beoordeling moeten zij vervolgens preventieve en zelfs, indien nodig, corrigerende maatregelen nemen. Indien bedrijven niet aan deze verplichting voldoen, worden ze op hun verantwoordelijkheden gewezen.

De fipronilaffaire ging over een onvoorzien, ondoordacht gebruik van een stof, hetgeen het bedrijf dat fipronil in de handel heeft gebracht, had kunnen vermijden indien het zorgvuldig had gehandeld.

Zult u in het kader van de hervorming van het vennootschapsrecht bepalingen inzake zorgvuldigheidseisen laten opnemen? Zou het niet nuttig zijn dat de verschillende departementen zich buigen over dit geval van misbruik van een product?

09.02 Minister Maggie De Block (Frans): We moeten inderdaad rekening houden met de gevolgen van de te koop aangeboden producten voor gezondheid en milieu. Hiervoor beschikt de Europese Unie over wetten en controleert ze of deze wel degelijk toegepast worden. Of het principe van *due diligence* het meest geschikte antwoord is, is niet zeker. Zo werd de fipronilcrisis veroorzaakt door het bedrieglijke gebruik van een product dat op tijd door de verantwoordelijke diensten werd opgespoord. De strafrechtelijke procedures zullen voortgezet worden, en dit toont aan dat ons wettelijk kader efficiënt is.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Men was kennelijk op de hoogte van het gebruik van fipronil voor doelen waarvoor het product niet bestemd is. Zouden de bedrijven zich niet moeten afvragen waarvoor hun product wordt aangewend en wat ze kunnen doen om niet-geëigend gebruik tegen te gaan?

Het incident is gesloten.

10 Samengevoegde vragen van - de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van ongebruikte en niet vervallen

des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la responsabilisation des entreprises en ce qui concerne l'impact de leurs activités sur la santé" (n° 20140)

09.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Au niveau international, on progresse vers une obligation de "diligence raisonnable", en vertu de laquelle les entreprises doivent évaluer l'impact de leurs activités sur les droits de l'homme, sur les aspects sociaux, sur l'environnement et, de plus en plus, sur la santé. Après avoir évalué l'impact, elles doivent prendre des mesures de prévention et même de réparation le cas échéant. Faute de cela, l'entreprise est responsabilisée.

L'affaire Fipronil a révélé l'usage non prévu d'une substance. En vertu des obligations de diligence raisonnable, l'entreprise l'ayant mis sur le marché aurait dû empêcher cet usage à mauvais escient.

Dans le cadre de la réforme du droit des sociétés, ferez-vous prendre en compte des dispositions de la sorte? Cet exemple d'un mauvais usage d'un produit ne pourrait-il faire l'objet d'un travail entre les différents départements?

09.02 Maggie De Block, ministre (*en français*): Il faut certes veiller à l'impact sanitaire et environnemental des produits disponibles à la vente. L'Union européenne dispose de lois pour cela; leur application est contrôlée. Il n'est pas sûr que le principe de *due diligence* soit la réponse la plus adéquate. Ainsi, la crise du fipronil a été causée par une utilisation frauduleuse, détectée à temps par les services responsables. Les procédures pénales suivront leur cours, ce qui montre combien notre cadre légal est performant.

09.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): L'utilisation du fipronil à des fins non prévues était apparemment connue. Les entreprises ne devraient-elles pas s'interroger sur la façon dont leurs produits sont utilisés et sur ce qu'elles peuvent mettre en place pour prévenir un mauvais usage?

L'incident est clos.

10 Questions jointes de - M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la destruction des médicaments non utilisés et non

geneesmiddelen" (nr. 20159)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "solidaire apotheken" (nr. 20320)

10.01 André Frédéric (PS): In 2015 werd naar verluidt meer dan 520 ton geneesmiddelen vernietigd, waarvan een groot deel niet over datum was.

Wetend dat 15% van de bevolking onder de armoedegrens leeft en dat een patiënt op vijf verzorging uitstelt omdat hij niet over de nodige middelen beschikt, is dat onaanvaardbaar. Uw maatregelen waardoor de vergoeding voor een hele reeks geneesmiddelen wordt teruggeschroefd, heeft de situatie enkel erger gemaakt.

Kunnen geneesmiddelen die naar de apotheek worden teruggebracht, maar niet over datum zijn, niet worden gebruikt voor patiënten die hun geneesmiddelen niet kunnen betalen? Kan de wetgeving in die zin worden aangepast? Wat denkt u van het initiatief 'solidaire apotheken'?

10.02 Catherine Fonck (cdH): De pharmacie solidaire van dr. Bouillon in Ghlin zamelt niet-ervallen geneesmiddelen in, trieert en inventariseert ze en verdeelt ze onder kansarmen of personen die geen aanspraak kunnen maken op een terugbetaling door het ziekenfonds.

Er wordt meer dan 520 ton geneesmiddelen vernietigd en dat cijfer omvat alleen de geneesmiddelen die naar de apotheken werden teruggebracht.

Wat onderneemt men tegen de geneesmiddelenverspilling?

10.03 Minister Maggie De Block (*Frans*): De arts die aan de basis ligt van die solidaire apotheek heeft me een brief geschreven, waarop hij reeds een antwoord heeft ontvangen.

Het verstrekken van geneesmiddelen valt onder de artseneerbereidkunde. Een arts die gewoonlijk geneesmiddelen verstrekt, maakt zich schuldig aan de onwettige beoefening van de artseneerbereidkunde. Onze nationale wetgeving verbiedt de gelijktijdige uitoefening van de geneeskunde en de artseneerbereidkunde.

De actoren die zorgen voor de distributie van geneesmiddelen zijn onderworpen aan strikte eisen op het stuk van bewaring, traceerbaarheid, enz., waardoor de kwaliteit van de geneesmiddelen in elk stadium van de keten wordt gewaarborgd. In dit

périmés" (n° 20159)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pharmacies solidaires" (n° 20320)

10.01 André Frédéric (PS): Plus de 520 tonnes de médicaments auraient été détruits en 2015, dont une partie importante n'était pas périmée.

Quand on sait que 15 % de la population vit sous le seuil de pauvreté et qu'un citoyen sur cinq reporte des soins faute de moyens, c'est inacceptable. Vos mesures diminuant le remboursement de toute une série de médicaments n'ont fait qu'aggraver les choses.

Les médicaments remis en pharmacie alors qu'ils ne sont pas périmés ne pourraient-ils être utiles aux personnes qui sont dans l'impossibilité de payer leurs médicaments? La législation pourrait-elle être adaptée? Que pensez-vous des initiatives de "pharmacies solidaires"?

10.02 Catherine Fonck (cdH): La pharmacie solidaire du Dr Bouillon, à Ghlin, récolte des médicaments non périmés, les trie, les répertorie et les redistribue à des personnes précarisées ou n'ayant pas accès au remboursement des mutuelles.

On détruit plus de 520 tonnes de médicaments et encore, ce chiffre ne reprend que les médicaments rapportés aux pharmacies.

Que fait-on en matière de gaspillage de médicaments?

10.03 Maggie De Block, ministre (*en français*): Le médecin à l'origine de cette pharmacie solidaire m'a adressé un courrier et a déjà reçu une réponse.

La délivrance de médicaments relève de l'exercice de l'art pharmaceutique. Délivrer, de façon habituelle, des médicaments revient, pour ce médecin, à un exercice illégal de l'art pharmaceutique. Notre législation nationale interdit l'exercice simultané des arts médical et pharmaceutique.

Les distributeurs de médicaments sont soumis à des exigences strictes (conservation, traçabilité, etc.) garantissant la qualité des médicaments tout au long de la chaîne. Or dans le cas présent, les risques d'altération ne sont pas maîtrisés et

geval zijn de risico's op een verslechtering van de kwaliteit van de geneesmiddelen niet onder controle en kan niemand de degelijkheid ervan nog garanderen.

De aflevering door de apotheker waarborgt ook de correcte aanwending van de geneesmiddelen, rekening houdend met de specifieke kenmerken van de patiënt.

Ik ben het wel met u eens dat verspilling moet worden tegengegaan.

Mijn diensten proberen al lang een rationeel voorschrijfgedrag te bevorderen. Het is ook mogelijk om de bestaande bepalingen beter aan te wenden om de kosten van medicamenteuze behandelingen te verminderen, onder meer door de duur van de behandeling op het voorschrift te laten vermelden. De apotheker kan dan een deel van een verpakking aan de klant geven dat overeenkomt met de duur van de behandeling. Men kan ook geneesmiddelen afleveren in de vorm van individuele preparaten.

Artsen mogen monsters ontvangen en deze in medische of sociale noodsituaties aan patiënten geven.

10.04 André Frédéric (PS): Mijn standpunt kan u misschien naïef lijken, maar het is dat van de gemiddelde burger. Hoe kan ik iemand die geen geneesmiddel kan betalen uitleggen dat er 520 ton geneesmiddelen per jaar worden vernietigd? Het spreekt voor zich dat er een maximale garantie moet zijn voor de kwaliteit van geneesmiddelen, ook voor de minst bedeeden. Maar u zult mij niet van de gedachte afbrengen dat er tonnen geneesmiddelen zouden kunnen worden uitgedeeld aan nooddriftige mensen.

Ik begrijp uw antwoord, maar kan het met mijn gezond verstand en in al mijn naïviteit niet helemaal aanvaarden. Ik weet niet hoe ik dat aan de mensen moet uitleggen, dergelijke misstanden zijn onaanvaardbaar.

10.05 Catherine Fonck (cdH): Het is niet de bedoeling om een persoon die in zware moeilijkheden verkeert een geneesmiddel te geven waarvan men niet weet of het nog werkzaam is: kwaliteit moet vooropstaan voor iedereen. Maar u bent niet van plan de zaken door een andere bril te bekijken: het gaat er u enkel om de wet als zodanig toe te passen.

Eenzijds delen de artsen nu al staaltjes uit, anderzijds werkt dr. Bouillon samen met een

personne ne peut garantir leur qualité.

La délivrance par le pharmacien garantit aussi le bon usage des médicaments, en tenant compte des spécificités du patient.

Mais il faut effectivement réduire le gaspillage.

Mes services travaillent depuis longtemps à la promotion d'une prescription rationnelle. Il est également possible de mieux exploiter les dispositions existantes pour réduire le coût des traitements médicamenteux, notamment par une prescription mentionnant la durée de la thérapie. Le pharmacien peut alors diviser un conditionnement pour le faire correspondre à cette durée. On peut aussi délivrer des médicaments sous la forme de préparations individuelles.

Les médecins sont autorisés à recevoir des échantillons de médicaments et à les remettre aux patients dans des situations d'urgence, de nécessité médicale ou de détresse sociale.

10.04 André Frédéric (PS): Ma vision peut vous paraître naïve mais elle est celle du citoyen lambda que je suis. Comment puis-je expliquer à quelqu'un qui ne peut se payer un médicament qu'on en détruit 520 tonnes par an? Qu'il faille garantir une qualité maximale des médicaments, y compris aux plus démunis, bien entendu. Mais vous ne m'ôtez pas de l'idée que des tonnes de médicaments pourraient être données avec profit à des personnes dans l'extrême nécessité.

Même si je comprends votre réponse, mon bon sens et ma naïveté ne peuvent l'accepter totalement. Je ne saurais pas comment expliquer moi-même cet abus que je trouve inacceptable.

10.05 Catherine Fonck (cdH): Il ne s'agit pas de donner à une personne en difficulté majeure un médicament dont on ignore s'il est encore efficace: la qualité, c'est pour tout le monde. Mais vous n'envisagez pas de voir les choses autrement: il ne s'agit que d'appliquer la loi telle qu'elle est.

D'une part, les médecins distribuent déjà des échantillons. D'autre part, le Dr Bouillon travaille en

apotheker die toeziet op de kwaliteit en de inzameling van vervallen geneesmiddelen volgens de regels van de kunst.

Voor welomschreven situaties is die samenwerking een interessant idee. Ik wens dat u het dossier met andere ogen zou bekijken. Als een patiënt geneesmiddelen inneemt die hij maandenlang thuis bewaard heeft, is de kwaliteit evenmin gewaarborgd.

Wat de verspilling betreft, zijn zowel degenen die de medicatie voorschrijven als degenen die ze afleveren voor een deel verantwoordelijk. Wat sommige geneesmiddelen zoals de ontstekingsremmers betreft, zou men, gelet op het foutieve gebruik van bepaalde antibiotica, moeten denken aan een verpakking die bij de duur van de behandeling past. Het is niet goed voor de volksgezondheid en het leidt tot verspilling.

Het incident is gesloten.

11] Samengevoegde vragen van

- de heer Jean-Marc Nollet aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verdeling van jodiumtabletten in België" (nr. 20172)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van jodium in België bij een kernongeval" (nr. 20711)

11.01 Catherine Fonck (cdH): De Kamer heeft mijn voorstel van resolutie goedgekeurd waarbij wordt gevraagd om in België bij een kernongeval de beschikbaarheid van jodium te waarborgen. Er staat heel wat op het spel, ook bij ongevallen in een buurland of verder weg. Dat blijkt uit het aantal gevallen van schildklierkanker die sinds de kernramp Tsjernobyl worden vastgesteld.

Wat is nu, zeven maanden na de goedkeuring van die resolutie, de stand van zaken op het stuk van de beschikbaarheid van jodium voor alle burgers? Uit een studie van het KCE bleek immers dat er over het hele grondgebied jodiumtabletten moeten worden verdeeld.

11.02 Minister Maggie De Block (Frans): Het nationaal nucleair noodplan, dat ook tot de bevoegdheden van de minister van Binnenlandse Zaken behoort en waarin de bescherming van de bevolking en de voedselketen wordt georganiseerd, wordt momenteel geactualiseerd.

De FOD's Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid overleggen over de strategie voor de bescherming

tandem avec un pharmacien qui veille à la qualité et à l'élimination des médicaments périmés dans les règles de l'art.

Pour des situations bien circonscrites, ce tandem est une idée intéressante. Je vous incite à examiner le dossier avec un regard différent. Si un malade reprend après des mois les médicaments qu'il a gardés longtemps chez lui, la qualité n'est pas davantage garantie.

Quant au gaspillage, il y a des responsabilités du côté de la prescription et de la délivrance. Pour des médicaments comme les anti-infectieux, vu l'usage inadéquat de certains antibiotiques, il faudrait s'interroger sur un conditionnement qui colle à la durée du traitement. Ce n'est pas bon pour la santé publique et ce n'est pas bon en termes de gaspillage.

L'incident est clos.

11] Questions jointes de

- M. Jean-Marc Nollet à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la distribution des pilules d'iode en Belgique" (n° 20172)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité d'iode en Belgique en cas d'accident nucléaire" (n° 20711)

11.01 Catherine Fonck (cdH): La Chambre a adopté ma proposition de résolution pour assurer la disponibilité d'iode en Belgique en cas d'accident nucléaire. Les enjeux sont importants y compris en cas d'accidents dans un pays voisin voire plus lointain. Le nombre de cancers de la thyroïde après Tchernobyl l'a prouvé.

Sept mois après le vote de la résolution, où en est-on dans la mise à disposition d'iode pour tous les citoyens, l'étude du KCE ayant montré que tout le territoire doit être couvert?

11.02 Maggie De Block, ministre (en français): Relevant aussi du ministre de l'Intérieur, le plan d'urgence nationale nucléaire – qui organise la protection de la population et de la chaîne alimentaire – est en cours d'actualisation.

La stratégie de protection de la thyroïde est discutée entre les SPF Intérieur et Santé publique.

van de schildklier. Het gebruik van jodumpillen is een van de aanbevelingen. We gaan na of ze in het hele land, en niet alleen binnen een straal van 10 km rond Fleurus en 20 km rond de nucleaire sites, ter beschikking kunnen worden gesteld van de bevolking, en met name van de kwetsbare groepen.

Zodra er een efficiënt plan is om de predistributie van jodiumtabletten uit te breiden, zal het in samenwerking met de minister van Binnenlandse Zaken naar aanleiding van een volgende informatiecampaigned worden uitgevoerd, wellicht begin 2018. De huisartsen, de apothekers en de collectieve voorzieningen van de aangewezen zones zullen specifieke informatie ontvangen. De voorbereidende werkzaamheden zijn aan de gang en de minister van Binnenlandse Zaken heeft jodiumtabletten besteld, waarvan de bijsluiters werd verduidelijkt.

11.03 Catherine Fonck (cdH): Zeven maanden later is men dus nog steeds aan het praten. De tekst werd nochtans al jaren geleden ingediend. We draaien rondjes. U zegt immers dat een en ander deel kan uitmaken van de aanbevelingen en dat de jodiumtabletten óf over het hele grondgebied, óf in een zone van 20 km rond de kerncentrales en van 10 km rond Fleurus zullen worden verdeeld.

11.04 Minister Maggie De Block (Frans): Het zal over het hele grondgebied gebeuren.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Waarom wordt er geen voortgang gemaakt, terwijl men weet dat na een nucleair ongeval het optreden van schildklierkanker kan worden vermeden door de toediening van radioactief jodium? Dat is evidencebased. Ik zal hier op de drie maanden op terugkomen, om na te gaan hoe het staat met de concretisering van deze maatregel.

11.06 Minister Maggie De Block (Frans): Ik heb helemaal geen conflict met de heer Jambon. Die tabletten zullen over het hele grondgebied verdeeld worden. De manier waarop dat moet gebeuren wordt nog besproken. Vroeger nam het leger die taak op zich, maar dat verliep vrij chaotisch. De geneesmiddelen werden in bunkers opgeslagen, in wisselende omstandigheden. Voortaan moet er samengewerkt worden met de artsen, de apothekers en lokale entiteiten zoals scholen.

(Nederlands) Als men alle kerncentrales in België en vlakbij gelegen beschouwt, dan is er geen 5 km² in ons land waar men veilig is. Het klopt dat wij dan beter voor het hele land zorgen en wel voor diegenen waarbij jodumpillen helpen: kinderen,

La prise de pilules d'iode fait partie des recommandations. On examine si leur mise à disposition pour tout le pays et non seulement dans les 10 km autour de Fleurus et les 20 km autour des sites nucléaires est envisageable tout en mettant l'accent sur les groupes vulnérables.

Dès que l'on disposera d'un plan efficace pour étendre la prédistribution de comprimés d'iode, il sera exécuté en concertation avec le ministre de l'Intérieur lors d'une prochaine campagne d'information, probablement début 2018. Les généralistes, les pharmaciens et les collectivités des zones désignées recevront une information spécifique. Les travaux préparatoires sont en cours et le ministre de l'Intérieur a commandé les comprimés d'iode dont la notice a été clarifiée.

11.03 Catherine Fonck (cdH): Sept mois plus tard, on discute encore. Or le texte avait déjà été déposé il y a plusieurs années. On tourne en rond. Vous dites que ça peut faire partie des recommandations et que ce sera sur tout le territoire ou limité à 20 kilomètres autour des centrales et dix autour de Fleurus.

11.04 Maggie De Block, ministre (en français): Ce sera sur tout le territoire.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Pourquoi n'avance-t-on pas alors qu'on sait qu'en cas d'accident nucléaire, l'administration d'iode radioactive évite le cancer de la thyroïde? C'est de l'evidence based. Je vous questionnerai tous les trois mois pour concrétiser cette mesure.

11.06 Maggie De Block, ministre (en français): Il n'y a pas de conflit entre M. Jambon et moi. Cette distribution se fera sur tout le territoire. On discute encore du mode de distribution. Auparavant, c'était pris en charge par l'armée mais c'était assez chaotique, les médicaments étaient stockés dans des bunkers dans des conditions variables. Il faut désormais travailler avec les médecins, les pharmaciens et les collectivités comme les écoles.

(En néerlandais) Si l'on prend en considération l'ensemble des centrales nucléaires implantées en Belgique et à proximité, il n'y a pas 5 km² de notre pays qui soient sûrs. Il est exact que dans ces conditions, nous avons intérêt à protéger la totalité

jongeren, zwangere vrouwen en vrouwen die borstvoeding geven. Dat is evidence based. Dat heb ik overigens enkele maanden geleden al geantwoord aan de heer Nollet.

11.07 Catherine Fonck (cdH): Het probleem is eenvoudig, en de oplossingen zijn dat ook. U blijft in een kringetje rondraaien. Hou daarmee op en maak hier concreet werk van!

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 20174 en 20210 van de heren Nollet en Thiébaud worden uitgesteld.

12 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Middenstand, Zelfstandigen, KMO's, Landbouw en Maatschappelijke Integratie over "de dringende medische hulp" (nr. 20630)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dringende medische hulp" (nr. 20631)

12.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): De regering heeft aangegeven dat ze de toegang tot de dringende medische hulp wil beperken, het begrip 'dringend karakter' wil verduidelijken, de controles wil opvoeren en meer straffen wil opleggen.

Het informaticasysteem dat de vergoeding van de dringende medische hulp door de OCMW's beheert, omvat voortaan ook de huisartsengegevens. Op die manier kunnen artsen die het dringende karakter ten onrechte zouden invoeren en OCMW's die hun sociaal onderzoek slecht uitvoeren dus worden gecontroleerd.

Voormalig minister Borsus sloot tandverzorging en de opvolging van zwangerschappen uit van de dringende verzorging. Hoewel ze in bepaalde gevallen inderdaad deel uitmaken van de preventieve geneeskunde, zijn ze noodzakelijk om ernstiger problemen te voorkomen.

Hoe zult u, los van de spoedgevallen *sensu stricto*, zorgen dat eenieder recht krijgt op verzorging: de chronisch zieken, de zwangere vrouwen, de personen die illegaal op het grondgebied verblijven? Welke nieuwe invulling zal er worden gegeven aan het begrip 'dringend karakter' van de gezondheidszorg waarop personen die niet verzekerd zijn tegen de ziekte- en invaliditeit, recht hebben?

du pays, en particulier les citoyens pour lesquels les pilules d'iode sont utiles, à savoir les enfants, les jeunes, les femmes enceintes et les femmes allaitantes. Cette mesure est fondée sur des principes scientifiques. Je l'ai d'ailleurs déjà indiqué il y a quelques mois en réponse à une question de M. Nollet.

11.07 Catherine Fonck (cdH): La problématique est simple tout comme les solutions. Arrêtez de tourner en rond et concrétisez ce projet!

L'incident est clos.

La **présidente**: Les questions jointes n^{os} 20174 et 20210 de MM. Nollet et Thiébaud sont reportées.

12 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens au ministre des Classes moyennes, des Indépendants, des PME, de l'Agriculture et de l'Intégration sociale, sur "l'aide médicale urgente" (n° 20630)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide médicale urgente" (n° 20631)

12.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Le gouvernement a dit vouloir limiter l'accès à l'aide médicale urgente, préciser la notion de "caractère urgent", amplifier les contrôles et sanctionner.

Le système informatique qui gère les prises en charge de l'aide médicale urgente par les CPAS intègre désormais les médecins généralistes: il permet donc de contrôler les médecins qui abuseraient du caractère urgent et les CPAS qui mèneraient mal leur enquête sociale.

M. Borsus excluait des soins urgents les soins dentaires et le suivi de grossesse, qui certes relèvent parfois de la prévention mais sont nécessaires pour éviter des problèmes graves.

Comment garantirez-vous le droit aux soins pour tous, au-delà des urgences *stricto sensu*, pour les malades chroniques, les femmes enceintes, les personnes en séjour illégal? Comment compte-t-on redéfinir le caractère urgent des soins de santé auxquels ont droit les personnes non couvertes par une assurance maladie-invalidité?

Is het de bedoeling eerstelijnszorg en preventieve verzorging niet langer te vergoeden? Hoe zullen personen in een precaire situatie nog een tandarts kunnen raadplegen? Uit studies blijkt dat net zij veel tandproblemen hebben.

Hoe zullen de artsen de kwaliteit van de sociale onderzoeken van de OCMW's evalueren?

12.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Uw vraag betreft Maatschappelijke Integratie, een bevoegdheid van minister Ducarme.

Dringende medische hulp wordt volledig terugbetaald mits het sociaal verslag van het OCMW een attest van de arts (of tandarts) ter staving van het dringende karakter van de medische hulp bevat en uit het dossier blijkt dat de betrokkene wel degelijk behoeftig is.

De Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV) controleert vervolgens in het kader van MediPrima steekproefsgewijs of er inderdaad een attest van dringende medische hulp bij het verslag zit is en of de inhoud correct is. Die controles zijn opgenomen in het wetsontwerp betreffende de tenlasteneming van de door de OCMW's toegekende hulp.

12.03 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Het verbaast me dat een arts de hoogdringendheid moet vaststellen.

12.04 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Het is de taak van de dokter (of tandarts) om te bepalen of er dringende medische hulp nodig is en die in voorkomend geval te verlenen. We hebben echter de mogelijkheid om een en ander te checken en te controleren.

12.05 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Ik hoop dat de heer Ducarme uw mening zal delen en dat de mededeling van de heer Borsus een vergissing was.

Het incident is gesloten.

13 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van de huisartsenwachtposten" (nr. 20178)**

13.01 **Catherine Fonck** (cdH): In juli kondigde u beslissingen en overlegondes aan met een vastgelegde deadline voor september.

L'objectif est-il de supprimer les soins de première ligne ou de nature préventive? Comment les personnes défavorisées consulteront-elles un dentiste, alors que des études montrent l'étendue de leurs problèmes dentaires?

Comment des médecins évalueront-ils la qualité des enquêtes sociales réalisées par les CPAS?

12.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Votre question concerne M. Ducarme, en charge de l'Intégration sociale.

Les soins d'aide médicale urgente sont entièrement remboursés, à condition que le rapport social du CPAS contienne une attestation du médecin (ou du dentiste) prouvant le caractère urgent de l'aide médicale et qu'il ressorte du dossier que l'intéressé se trouve bien dans le besoin.

La CAAMI (Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité), dans le cadre de MediPrima, contrôle ensuite, sur la base d'échantillons, s'il y a bien une attestation d'aide médicale urgente et si le contenu est correct. Ces contrôles figurent dans le projet de loi sur la prise en charge des secours accordés par les CPAS.

12.03 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Ce qui m'étonne, c'est qu'un médecin doive identifier l'urgence.

12.04 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): C'est au médecin (ou au dentiste) de déterminer si le cas relève de l'aide urgente et de la prodiguer. Mais nous avons la possibilité de vérifier et de contrôler.

12.05 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): J'espère que M. Ducarme sera du même avis que vous et que la communication de M. Borsus était une erreur.

L'incident est clos.

13 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme des postes de garde de médecine générale" (n° 20178)**

13.01 **Catherine Fonck** (cdH): En juillet dernier, vous annonciez des décisions et des *rounds* de concertation avec une échéance fixée au mois de septembre.

Zijn er al nieuwe gesprekken geweest met de huisartsen? Hoever staat het overleg met de spelers op het terrein? Is de nota klaar?

Is de evaluatie van de proefprojecten in verband met het centraal oproepnummer 1733 intussen afgerond? Hoever staat de invoering van een alarmeringsterminal, die het mogelijk moet maken het verslag van de ondervraging door de medewerker van de 1733-centrale op een beveiligde wijze door te zenden naar de huisartsenwachtposten?

13.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De taskforce heeft van de verschillende partners opmerkingen ontvangen, maar aangezien op meerdere punten de meningen verschilden, was het niet gemakkelijk om deze punten te consolideren. Er vond een nieuwe vergadering plaats op 21 september om de conceptnota nog eens te doorlopen.

Deze conceptnota bevat de belangrijke pijlers, met name de dekking van het hele grondgebied door wachtpostnetwerken en, ter ondersteuning, triage via 1733. De komende maanden zal de uitvoering van de hervormingsplannen verder worden uitgewerkt.

Uit de studie die in Leuven-Tienen is uitgevoerd, blijkt dat bepaalde punten voor verbetering vatbaar zijn, zoals het gebruik van sleutelwoorden.

De triageprotocollen zullen permanent worden gevolgd.

Volgens de huidige planning zal de alarmeringsterminal vanaf het eerste semester van 2018 ter beschikking van de wachtposten kunnen worden gesteld.

13.03 **Catherine Fonck** (cdH): De realiteit in stedelijke en plattelandsgebieden is verschillend. Er doen zich soms tekorten voor. Ik heb er altijd voor gepleit om met deze verschillende situaties rekening te houden.

Ik dring erop aan dat er bij de herlezing van de tekst daadwerkelijk met de veldwerkers wordt overlegd. Staar u niet blind op een enkel model, dat een strikte en harde benadering van de netwerken inhoudt.

Het is zaak een goede oplossing te vinden voor alle huisartsen. Dat zal positieve gevolgen hebben voor alle patiënten en voor ons gezondheidszorgstelsel.

De nouveaux échanges sont-ils intervenus avec les médecins généralistes? Où en est la concertation avec les acteurs de terrain? La note est-elle finalisée?

En ce qui concerne le 1733, l'évaluation des projets-pilotes a-t-elle été finalisée? Où en est la mise en œuvre d'un terminal d'alerte permettant l'envoi sécurisé du compte rendu de l'interrogation du préposé de la centrale 1733 vers les postes médicaux de garde?

13.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Parmi les commentaires reçus des différents partenaires, la *task force* a été confrontée à plusieurs éléments divergents. La consolidation n'a pas été évidente. Une nouvelle réunion a eu lieu le 21 septembre afin de relire la note conceptuelle.

Celle-ci reprend les grands axes, à savoir la couverture de l'entièreté du pays par des réseaux de postes de garde, avec en appui le triage du 1733. On approfondira la mise en œuvre des plans de réforme au cours des prochains mois.

Concernant l'étude menée à Leuven-Tienen, des points d'amélioration ont été pointés, comme l'utilisation de mots-clés.

Le suivi des protocoles de triage fera l'objet d'un monitoring continu.

Le planning actuel prévoit que le terminal d'alerte devrait être disponible pour les postes de garde à partir du premier semestre 2018.

13.03 **Catherine Fonck** (cdH): Des réalités différentes existent, en ville et en région rurale. Parfois, il y a des pénuries. À titre personnel, j'ai toujours plaidé pour une prise en compte de réalités différentes sur le terrain.

J'insiste pour que le travail de relecture soit un réel travail de concertation avec les acteurs de terrain. Ne vous enfermez pas dans un modèle unique, dans une approche stricte, pure et dure des réseaux.

L'essentiel est de trouver une issue positive pour tous les médecins généralistes, ce qui aura des impacts positifs sur tous les patients et sur notre système de soins de santé.

Het incident is gesloten.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van geestelijke gezondheidszorg" (nr. 20186)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de budgettaire impact van de erkenning van de klinisch psychologen" (nr. 20190)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de psychische hulp voor jongeren" (nr. 20567)

14.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): U stelt voor 2018 22,5 miljoen euro in het vooruitzicht om behandelingen bij een klinisch psycholoog terug te betalen aan personen met matige psychische problemen, waarvoor er tot nog toe maar weinig aandacht was.

U gaat ervan uit dat er per patiënt drie of vier sessies bij een klinisch psycholoog nodig zijn. Die patiënten zouden moeten worden doorverwezen door de huisarts, en dat zou in hun globaal medisch dossier moeten staan.

Op welke wetenschappelijk basis hebt u die 22,5 miljoen euro beraamd?

Hoe wordt er bepaald wat matige problemen zijn? Volgens uw voorstel moet er vooraf een behandelingsmethode worden vastgesteld. Op basis waarvan wordt die methode bepaald en heeft de patiënt daarbij een vrije keuze? Wat als er een discrepantie is tussen de persoon, zijn manier van functioneren, zijn keuzes en het zorgaanbod?

Kunt u bevestigen dat de verstrekkingen in kwestie niet als psychotherapeutisch worden aangemerkt? Hoe kwalificeert u ze dan? Welke practitioners beschikken over de juiste vaardigheden om ze te verstrekken?

Waarom eist u een voorschrift van de huisarts terwijl klinisch psychologen krachtens de wet autonoom kunnen optreden in situaties waarin enkel zij bekwaam zijn?

14.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik juich de erkenning van de klinisch psychologen toe. Het budget van 22,5 miljoen euro dat daarvoor wordt uitgetrokken, lijkt mij echter veel te weinig.

Berekend aan 37 euro per consultatie en gemiddeld

L'incident est clos.

14 **Questions jointes de**

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de soins de santé mentale" (n° 20186)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'incidence budgétaire de la reconnaissance des psychologues cliniciens" (n° 20190)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'aide psychologique pour les jeunes" (n° 20567)

14.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Pour 2018, vous annoncez 22,5 millions pour rembourser des prestations de psychologie clinique aux personnes ayant des problèmes modérés, considérant qu'ils ne sont pas pris en charge.

Vous prévoyez trois ou quatre séances par patient chez des psychologues cliniciens et sur orientation du généraliste, à condition que ce soit inscrit dans son dossier médical global.

Sur quelles bases scientifiques évaluez-vous ces 22,5 millions?

Comment les problèmes modérés sont-ils définis? Votre proposition suppose d'identifier une méthode d'intervention prédéterminée. Sur quelles bases et avec quel libre choix pour le patient? Qu'en est-il s'il y a inadaptation entre la personne, son fonctionnement, ses choix et l'offre de soins?

Confirmez-vous que ces prestations ne sont pas considérées comme psychothérapeutiques? Comment les qualifiez-vous? Quels professionnels de la santé ont-ils les compétences adéquates pour les réaliser?

Pour quelle raison exigez-vous une prescription du généraliste alors que la loi reconnaît aux psychologues cliniciens, s'il n'y a qu'eux qui peuvent le faire, une autonomie d'intervention?

14.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Je suis très heureuse de la reconnaissance des psychologues cliniciens, mais le budget de 22,5 millions d'euros qui est affecté à cette mesure me paraît beaucoup trop faible.

À raison de 37 euros par consultation et d'une

5 consultaties per patiënt, zou men daarmee slechts 121.000 patiënten kunnen helpen. Volgens onderzoek van de KULeuven bij meerderjarigen zouden er in ons land echter 764.000 personen met mentale stoornissen zijn. Volgens berekeningen van de Socialistische Mutualiteiten en Zorgnet zou er minimum 281 miljoen euro per jaar nodig zijn voor de terugbetaling van klinische psychologen.

Is de minister het met mij eens dat het budget ontoereikend is?

Is er een groeiscenario afgesproken binnen de regering? De minister wil de klinische psychologie integreren in het Globaal Medisch Dossier (GMD). Is er een apart budget om de digitalisering te realiseren? Worden de psychologen betrokken bij de uitwerking van de verwijzing door de huisarts?

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): De wachttijden voor een eerste intakegesprek voor jongeren met psychische problemen neemt steeds toe. Vlaams minister Vandeurzen kondigde extra maatregelen en investeringen aan, maar dat zal niet onmiddellijk resultaat opleveren.

Wat zijn de plannen van minister De Block rond de terugbetaling van psychotherapie? Het budget lijkt inderdaad veel te weinig. Wanneer zal de terugbetaling van start gaan en wat zullen de modaliteiten daarvoor zijn?

14.04 Minister Maggie De Block (Frans): De geestelijke gezondheidszorg ligt me na aan het hart. Dat blijkt onder meer uit de wet van 10 juli 2016 die de klinisch psychologen en orthopedagogen erkent als autonome gezondheidszorgberoepen.

De erkenning is een belangrijke stap om een kwaliteitsvolle zorgverlening te waarborgen. De federale raad die deze zomer werd opgericht, formuleert al adviezen om doelstellingen in het kader van het verkrijgen van een erkenning en een visum vast te leggen. Dat is de perfecte gelegenheid om de eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg uit te breiden.

(Nederlands) In 28 jaar socialistisch beleid werd het beroep van psycholoog en orthopedagoog nooit erkend als een gezondheidsberoep. Zij hebben altijd moeten werken onder de minister van Middenstand. Een echte schande! Nu zijn ze eindelijk erkend en is er een federale raad voor

moyenne de 5 consultations par patient, ce budget ne permettra d'aider que 121 000 patients. Selon une étude réalisée par la KULeuven auprès de personnes majeures, notre pays compterait en revanche un total de 764 000 personnes atteintes de troubles mentaux. Par ailleurs, les Mutualités Socialistes et Zorgnet ont calculé qu'un minimum de 281 millions d'euros seraient nécessaires chaque année pour garantir le remboursement des prestations des psychologues cliniciens.

La ministre partage-t-elle mon analyse selon laquelle le budget est insuffisant?

Un scénario de croissance a-t-il été convenu au sein du gouvernement? La ministre entend intégrer la psychologie clinique dans le Dossier Médical Global (DMG). A-t-on prévu un budget distinct pour la numérisation? Les psychologues seront-ils impliqués dans l'élaboration du renvoi par les médecins généralistes?

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): Les délais d'attente pour une première visite pour les jeunes atteints de problèmes psychiques ne cessent de croître. Le ministre flamand Vandeurzen a annoncé des mesures et des investissements supplémentaires, mais ces initiatives ne seront pas immédiatement suivies d'effets.

Quels sont les projets de Mme De Block en matière de remboursement de la psychothérapie? Le budget paraît en effet nettement insuffisant. Quand le remboursement de ces séances sera-t-il effectif et quelles en seront les modalités?

14.04 Maggie De Block, ministre (en français): Je suis très attentive aux soins de santé mentale. La loi du 10 juillet 2016 donnant une place aux psychologues et aux orthopédagogues cliniciens le montre.

L'agrément est une étape fondamentale pour la qualité des prestations de soins. Le Conseil fédéral installé cet été formule déjà des avis pour fixer des objectifs dans le cadre de l'obtention d'un agrément et d'un visa. C'est une parfaite opportunité pour élargir les soins de santé mentale de première ligne.

(En néerlandais) Au cours des 28 années de politique socialiste, les professions de psychologue et d'orthopédagogue n'ont jamais été reconnues comme professions de la santé mais ressortissaient au ministre des Classes moyennes. C'est un véritable scandale! Ces professions sont aujourd'hui

geestelijke gezondheidsberoepen geïnstalleerd.

enfin reconnues et un conseil fédéral pour les professions de la santé mentale a été installé.

Er is steeds duidelijk gecommuniceerd dat het budget ten vroegste gebruikt kan worden in het najaar van 2018. Dat budget moet dus niet berekend worden voor een heel jaar, maar hoogstens voor een trimester. Het gaat natuurlijk over een eerste stap. We verwachten tegen die tijd ook te beschikken over adviezen over de wijze van invoering en waar de hoogste noden liggen.

Nous avons toujours indiqué clairement que le budget pourra être utilisé au plus tôt à l'automne 2018. Ce budget ne doit donc pas être calculé pour une année entière mais pour un trimestre tout au plus. Il s'agit évidemment d'une première étape. Nous comptons disposer également d'ici là d'avis relatifs au mode d'instauration et aux besoins les plus importants.

De volgende jaren zal dat budget natuurlijk moeten worden verhoogd. Men doet hier alsof 22,5 miljoen euro niets voorstelt, maar ik heb er voor moeten strijden. In het regeerakkoord werd enkel gesproken over het onderzoeken van de financiering van de klinische psychologie. Voor mij zou het budget ook tien keer meer mogen zijn, maar we moeten het doen met wat we hebben.

Le budget devra évidemment être augmenté au cours des années suivantes. L'on présente ici le budget de 22,5 millions d'euros comme insuffisant mais j'ai dû me battre pour l'obtenir. Dans l'accord de gouvernement, il est uniquement question d'examiner le financement de la psychologie clinique. En ce qui me concerne, le budget pourrait être dix fois plus élevé mais nous devons utiliser au mieux les moyens à notre disposition.

Binnen de regering werd de uitrol van de financiering al een eerste keer besproken, maar die besprekingen zijn nog niet afgerond. Er wordt nog overleg gepleegd over de modaliteiten. We mogen de vroegere fouten in de financiering van zorgberoepen niet herhalen. Ik wil budgetoverschrijdingen vermijden en multidisciplinaire samenwerking organiseren. Het zal nodig zijn om ook via de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg door te verwijzen en terug te verwijzen. Daarover overleggen we met de Gemeenschappen.

La mise en œuvre du financement a déjà été discutée à une occasion au sein du gouvernement mais ces discussions ne sont pas encore clôturées. Les modalités font encore l'objet d'une concertation. Nous devons éviter de reproduire les erreurs commises par le passé concernant le financement des professions de soins. J'entends éviter les dépassements budgétaires et organiser la coopération multidisciplinaire. Il faudra travailler par le biais de réseaux et les patients devront être adressés aux uns puis réadressés aux autres. Nous nous concertons à cet égard avec les Communautés.

14.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mijn vraag was niet als kritiek bedoeld, het was een vraag om informatie. Ik ben het beu om elke keer verweten te worden dat wij in al die jaren socialistisch beleid niets gedaan hebben. De minister schijnt vergeten te zijn dat haar partij bij de meeste van die regeringen aanwezig was en zich verzette tegen de 'te sociale maatregelen'.

14.05 Karin Jiroflée (sp.a): Ma question ne se voulait pas critique mais tendait à obtenir des informations. J'en ai assez de m'entendre reprocher à chaque fois que les socialistes n'ont rien fait pendant toutes ces années au cours desquelles ils étaient au pouvoir. La ministre semble oublier que son parti participait également à ces gouvernements et s'opposait aux "mesures trop sociales".

14.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Toen er een groene minister van Volksgezondheid was, hebben we ook geprobeerd om de psychologen te erkennen...

14.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Et lorsque le département de la Santé publique était dirigé par une ministre écologiste, nous avons également tenté de reconnaître les psychologues...

14.07 Minister Maggie De Block (Nederlands): Maar de minister kreeg geen budget van toenmalig minister Vandenbroucke. Koken kost geld.

14.07 Maggie De Block, ministre (en néerlandais): Mais cette ministre n'avait alors pas obtenu de budget du ministre de l'époque, M. Vandenbroucke. Toute politique requiert des moyens.

14.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dat was ook de insteek van mijn vraag. De minister heeft dat budget

14.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Une considération de ce type constituait également le

nu toegelicht, maar het is zeker niet zo dat we uit de communicatie konden afleiden dat dit een budget voor drie maanden was.

Digitalisering vormt in de zorgsector een groot probleem. Ik hoop dat ook daarvoor budget zal worden uitgetrokken.

14.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ik heb geen antwoord gekregen op mijn gerichte vragen over de bedragen, over wat 'matige' problemen precies zijn, over de reden waarom een voorschrift van een arts nodig is. Er kunnen ook ethische vragen worden gesteld bij de notering van de opvolging in het globaal medisch dossier.

14.10 Minister Maggie De Block (*Frans*): Ik heb uitgelegd hoe dat bedrag tot stand is gekomen. Het gaat over een bedrag voor drie maanden. Bij begrotingsonderhandelingen krijg je niet zomaar wat je vraagt!

14.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ik had graag een bedrag gehoord dat stoelt op een bepaald aantal patiënten en een bepaald aantal sessies.

Het incident is gesloten.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20199)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de parallelimport van geneesmiddelen" (nr. 20524)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "generische geneesmiddelen herverpakt tot merkgeneesmiddelen" (nr. 20262)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verkoop van herverpakte generische geneesmiddelen tegen een hogere prijs" (nr. 20655)

15.01 Daniel Senesael (PS): Bepaalde bedrijven kopen in het buitenland geneesmiddelen in tegen de laagste prijs, stoppen ze in een andere verpakking en verkopen ze. Die parallelimport is legaal en wordt toegestaan door het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten. Hoe staat u tegenover die praktijk? Wat vindt u ervan dat de Europese Unie die praktijk aanmoedigt om de geneesmiddelenprijzen

point de départ de ma question. La ministre vient de nous expliquer ce budget, mais il est faux de prétendre que nous aurions pu déduire de la manière dont elle a communiqué que ce budget ne portait que sur trois mois.

Dans le secteur des soins, la numérisation constitue un problème important. J'espère qu'un budget sera dégagé à cet effet.

14.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je n'ai pas obtenu de réponse à mes questions précises sur les montants, sur la définition des problèmes "modérés", sur la raison de fonctionner sur prescription d'un médecin. L'inscription du suivi dans le DMG pose question sur le plan éthique.

14.10 Maggie De Block, ministre (*en français*): J'ai expliqué comment on a obtenu le montant, pour trois mois. Lors de discussions budgétaires, on ne fait pas ce qu'on veut comme on veut!

14.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): J'aurais aimé entendre que le montant était basé sur une estimation du nombre de personnes concernées et du nombre de séances.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le marché parallèle d'importation de médicaments" (n° 20199)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'importation parallèle de médicaments" (n° 20524)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des médicaments génériques reconditionnés sous la forme de médicaments de marque" (n° 20262)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revente de médicaments génériques reconditionnés à un tarif supérieur" (n° 20655)

15.01 Daniel Senesael (PS): Des entreprises achètent des médicaments au meilleur prix à l'étranger, les reconditionnent et les vendent. Cette importation parallèle est légale et autorisée par l'Agence fédérale des médicaments. Qu'en pensez-vous? Que pensez-vous du fait que l'Union européenne promeuve cette pratique afin de faire baisser le prix des médicaments, alors qu'en réalité ce n'est pas le cas, au détriment des patients?

te drukken, terwijl dat in de praktijk niet het geval is en de patiënten er de dupe van worden?

Sommige generische geneesmiddelen zouden herverpakt worden in een blisterverpakking van het originele geneesmiddel. Is dat wettelijk? Is er in dat geval geen sprake van bedrog? Zult u de regels voor de parallelimport aanscherpen?

15.02 Karin Jiroflée (sp.a): De Europese regelgeving laat de bedenkelijke praktijk van parallelimport bij geneesmiddelen toe. Herverpakte generische geneesmiddelen worden op grote schaal als originele medicijnen verkocht. Dit kost de sociale zekerheid naar schatting 10 tot 15 miljoen euro per jaar. Blijkbaar gebeurt dit alles met toestemming van het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg). De prijsbepaling door de FOD Economie loopt mis, omdat de importerende bedrijven 20 tot 25% fictieve kosten in rekening brengen in de dossiers die ze indienen. De prijs voor de herverpakte geneesmiddelen blijkt meestal op de cent dezelfde als die voor de merkproducten. De patiënt betaalt dus een te hoge prijs.

Is het wettelijk om elders ingekochte producten onder een andere naam op de markt te brengen? Is dit dan geen inbreuk op het merkrecht of misleiding van de consument? Het fagg en de FOD Economie laten dit toe. Handelen zij correct?

Houdt dit gezondheidsrisico's in? Kan en wil de minister iets doen aan de meerkosten voor de gezondheidszorg en de patiënt?

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): De inhoud van mijn vraag is identiek. Parallelle import is booming business. Dit jaar waren er al 347 aanvragen. Meestal is er geen gezondheidsrisico, maar voor geneesmiddelen met een smalle therapeutische marge kan er wel een potentieel gevaar zijn.

Wat is het standpunt van de minister? In hoeverre worden patiënten accuraat geïnformeerd over de afkomst van hun medicijnen? Komen er maatregelen in samenspraak met de FOD Economie?

15.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Ik sluit me aan bij de vragen van mijn collega's. Uit het onderzoek van het tijdschrift *Médor* over dit door de EU toegelaten procedé blijkt dat een herverpakt geneesmiddel herhaaldelijk van naam kan

Certains médicaments génériques seraient reconditionnés avec un blister du médicament original. Est-ce légal? N'y a-t-il pas tromperie? Prendrez-vous des mesures pour mieux encadrer l'importation parallèle?

15.02 Karin Jiroflée (sp.a): La réglementation européenne autorise la pratique douteuse de l'importation parallèle de médicaments. Des médicaments génériques reconditionnés sont vendus à grande échelle comme des médicaments originaux. On estime que cette pratique coûte entre 10 et 15 millions d'euros par an à la sécurité sociale. Ce système est semble-t-il admis par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Lors de la fixation des prix, le SPF Économie est induit en erreur puisque les sociétés importatrices déclarent 20 à 25 % de frais fictifs dans les dossiers qu'ils introduisent. Le prix des médicaments reconditionnés semble généralement identique aux cents près à celui des produits de marque. Le patient paie dès lors un prix trop élevé.

Est-il légal de commercialiser des produits achetés ailleurs sous un autre nom? Ne peut-on invoquer en l'espèce une atteinte au droit de marque ou une volonté d'induire le consommateur en erreur? L'AFMPS et le SPF Économie agissent-ils correctement en admettant ces pratiques?

Y a-t-il des risques pour la santé? La ministre peut-elle et veut-elle prendre des mesures pour limiter les surcoûts pour les soins de santé et les patients?

15.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): La teneur de ma question est identique. Les importations parallèles constituent un marché juteux. Cette année, 347 demandes ont déjà été introduites. Souvent les risques pour la santé sont inexistantes mais pour les médicaments présentant une marge thérapeutique étroite, il existe bien un danger potentiel.

Quel est le point de vue de la ministre? Dans quelle mesure les patients sont-ils précisément informés de l'origine de leurs médicaments? Des mesures seront-elles prises en concertation avec le SPF Économie?

15.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Je rejoins les questions de mes collègues. L'enquête de *Médor* sur ce procédé autorisé par l'UE montre que le médicament reconditionné peut changer de nom plusieurs fois.

veranderen.

Hoe kan de patiënt daarover worden ingelicht? Hoe kan de inhoud van zo een geneesmiddel worden gegarandeerd? Hoe wordt de traceerbaarheid georganiseerd? Hoe kan de apotheker aansprakelijk worden gesteld? Wat kunnen we controleren?

15.05 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): De merkhouders kunnen privaatrechtelijk beroep aantekenen, maar daarbuiten is er geen enkel juridisch element dat deze praktijk in de weg staat. In het koninklijk besluit van 19 april 2001 zijn de voorwaarden vastgesteld om een vergunning voor parallelinvoer te verkrijgen. Zo is parallelinvoer enkel mogelijk als er voor het geneesmiddel in de lidstaat van herkomst een vergunning voor het in de handel brengen is afgegeven en er een referentiegeneesmiddel bestaat. Daarnaast moet het geneesmiddel, zonder in alle opzichten identiek te zijn aan het referentiegeneesmiddel, dezelfde samenstelling en dezelfde farmaceutische vorm hebben.

Er moet voor het referentiegeneesmiddel een vergunning voor het in de handel brengen in België zijn afgegeven. Een generiek geneesmiddel kan dus worden ingevoerd als referentiegeneesmiddel of vice versa.

Het Hof van Justitie van de Europese Unie heeft in zaak C-112/02 Kohlfarma GmbH bevestigd dat een weigering om een vergunning te verlenen voor parallelinvoer in strijd is met het vrije verkeer van goederen, indien de enige reden voor deze weigering is dat de twee geneesmiddelen niet door dezelfde fabrikant zijn vervaardigd.

Het parallel geïmporteerde geneesmiddel hoeft dus niet van dezelfde fabrikant afkomstig te zijn als het referentiegeneesmiddel.

(*Nederlands*) Het herverpakken van een origineel geneesmiddel van een in de lidstaat van herkomst in de handel zijnde generiek geneesmiddel is in principe toegelaten volgens de Europese rechtspraak als de primaire verpakking niet werd geopend.

Het fagg waakt erover dat de therapeutische werking van het ingevoerde geneesmiddel en het geneesmiddel onder wiens naam het wordt verkocht, dezelfde is. Bovendien is er ook altijd de controle dat de verplichte informatie hier in de drie officiële landstalen is vermeld op de verpakking en in de bijsluiter. Er is echter geen sprake van meerkosten voor patiënt en overheid, want de prijs

Comment le patient peut-il en être informé? Comment garantir les contenus? Comment organiser la traçabilité? Comment engager la responsabilité du pharmacien? Que pouvons-nous contrôler?

15.05 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): Sous réserve de recours judiciaire de droit privé par le titulaire de marque, aucun obstacle juridique ne s'oppose à cette pratique. L'arrêté royal du 19 avril 2001 fixe les conditions pour obtenir une autorisation d'importation parallèle. Le médicament doit avoir une autorisation de mise sur le marché dans l'État membre de provenance. Un médicament de référence doit exister. Sans être identique au médicament de référence, le médicament doit avoir la même composition et la même forme pharmaceutique.

Le médicament de référence doit avoir l'autorisation de mise sur le marché en Belgique. Un médicament générique peut donc être importé comme médicament de référence ou inversément.

Dans son arrêt Kohlfarma GmbH 112/02 du 1^{er} avril 2004, la Cour de Justice européenne a confirmé qu'un refus d'autorisation d'importation parallèle par le simple fait que deux médicaments ne sont pas fabriqués par le même fabricant est contraire à la libre circulation des biens.

Il n'est donc pas nécessaire que le médicament importé parallèlement provienne du même fabricant que le produit de référence.

(*En néerlandais*) Le re-conditionnement du médicament original d'un médicament générique commercialisé dans l'État membre d'origine est en principe autorisé par la jurisprudence européenne si l'emballage primaire n'a pas été ouvert.

L'AFMPS veille à ce que l'action thérapeutique du médicament importé soit identique à celle du médicament sous le nom duquel il est vendu. Par ailleurs, les services compétents contrôlent toujours si les informations obligatoires sont mentionnées dans les trois langues officielles du pays, tant sur l'emballage que dans la notice. Il n'est cependant pas question d'un surcoût pour le patient ou pour

van parallel ingevoerde geneesmiddelen mag nooit hoger zijn dan deze voor de reeds in België terugbetaalde referentiegeneesmiddelen.

Ik ben ook geen grote fan van parallelle import. Het kan rare effecten hebben op de beschikbaarheid. We trachten er echter met het fagg zo streng mogelijk op toe te zien. Er zijn onlangs aanpassingen gebeurd aan de wetgeving. Wij kunnen echter niet voorbij aan de Europese regelgeving en rechtspraak.

15.06 Daniel Senesael (PS): De situatie is verre van transparant. Wat gebeurt er als men de juridische voorschriften die u zojuist in herinnering heeft gebracht, niet naleeft?

U zegt dat de prijs van een parallel geïmporteerd geneesmiddel niet hoger mag zijn dan het in België terugbetaalde referentiegeneesmiddel, en dat is maar goed ook! De Europese Unie moedigt parallelimport aan om de prijzen te doen dalen. De prijs zou lager moeten zijn, maar dat is niet zo: de patiënt wordt dus benadeeld.

15.07 Karin Jiroflée (sp.a): Het is verbijsterend dat dit fenomeen bestaat in Europa. Ik kan moeilijk geloven dat er geen meerkosten zijn voor de overheid. Bij de kosten is er in elk geval 20 à 25% niet-transparantie. Als de Europese regelgeving dit bepaalt en de minister niet direct kan ingrijpen, moet dit toch op Europees niveau worden aangekaart.

15.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dit bizar fenomeen dat conform het Europees recht is, moet toch eens grondig worden onderzocht, want dit is geen filantropie van de betrokken bedrijven. Het transparantieprobleem bij de kosten kan niet anders dan meerkosten met zich meebrengen, als het al niet voor de patiënt is, dan wel zeker voor ons gezondheidssysteem.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Volgens u moest de minister van Economie erop toezien dat de prijs van dat medicament niet hoger is dan de prijs van de generieke geneesmiddelen. Het systeem biedt de patiënten onvoldoende transparantie. Het zou goed zijn dat de lidstaten op Europees niveau iets zouden ondernemen met betrekking tot de naam van het geneesmiddel en de intellectuele eigendom.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter:** De vragen nr. 20250 van de

l'État, puisque le prix des médicaments ayant fait l'objet d'une importation parallèle ne peut en aucun cas dépasser le prix des médicaments de référence déjà remboursés en Belgique.

Je ne suis pas non plus très favorable à l'importation parallèle. Cette pratique peut avoir des effets étonnants sur la disponibilité. Nous essayons cependant de veiller le plus strictement possible sur cet aspect avec l'AFMPS. La législation y relative a été modifiée récemment, mais nous ne pouvons ignorer la réglementation et la jurisprudence européennes.

15.06 Daniel Senesael (PS): La transparence est loin d'être totale. Que se passe-t-il si on ne respecte pas le prescrit juridique que vous avez rappelé?

Vous dites que le prix du médicament parallèle ne peut être supérieur: encore heureux! L'Union européenne encourage cette importation pour qu'elle fasse baisser les prix. Le prix devrait être inférieur et il ne l'est pas: on lèse le patient.

15.07 Karin Jiroflée (sp.a): L'existence de ce phénomène en Europe est hallucinante. Je peine à croire qu'il n'engendre aucun coût supplémentaire pour l'État. En tout cas, 20 à 25 % des coûts sont opaques. Si de tels procédés sont prévus dans la réglementation européenne et si la ministre ne peut pas intervenir directement, la question doit alors être soulevée à l'échelon européen.

15.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ce phénomène étrange mais conforme au droit européen devrait tout de même faire l'objet d'une étude approfondie, étant entendu que les entreprises concernées n'agissent pas de manière désintéressée. Si ce n'est pas le patient, c'est notre système de soins de santé qui paie les surcoûts générés par le manque de transparence des coûts.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Vous avez choisi de dire qu'il revenait au ministre de l'Économie de veiller à ce que le prix de ce médicament ne soit pas supérieur au prix des génériques. Le système n'apporte pas suffisamment de transparence au patient. Il serait bon que les États se mobilisent, au niveau européen, en ce qui concerne le nom du médicament et la propriété intellectuelle.

L'incident est clos.

La **présidente:** La question n° 20250 de

heer Senesael en nr. 20259 van mevrouw Jiroflée worden behandeld in de commissie voor de Sociale Zaken.

16 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het korsakovsyndroom" (nr. 20223)

16.01 Daniel Senesael (PS): De directeur van een instituut in Estaimpuis dat gespecialiseerd is in geheugenproblemen, en in het korsakovsyndroom in het bijzonder, heeft mij aangesproken. Dat syndroom bestaat uit neurologische stoornissen ten gevolge van een tekort aan vitamine B1 en komt hoofdzakelijk voor bij mensen met een alcoholverslaving, maar ook bij personen die kampen met ernstige ondervoeding en bij personen met een ernstig hoofdletsel of een hersentumor. Naast de inname van vitamine B gedurende een jaar – een behandeling die niet wordt terugbetaald – moeten de patiënten een individuele behandeling volgen.

Hoeveel personen in België lijden aan het korsakovsyndroom? Hoe worden ze behandeld? Er zijn onvoldoende specifieke opleidingen voor deze pathologie. Komt dat syndroom aan bod in de opleiding van artsen en medisch personeel? Hoe zult u de situatie verbeteren?

16.02 Minister Maggie De Block (Frans): Op grond van de ziekenhuisgegevens is het niet mogelijk om te bepalen hoeveel patiënten met het korsakovsyndroom er werden opgenomen, maar ze kunnen wel geïdentificeerd worden onder de diagnoses *amnesic disorder in conditions classified elsewhere* en *alcohol-induced persisting amnesic disorder*. Aldus komt men aan de volgende aantallen voor de niet-psychiatrische ziekenhuisopnames: 3.300 patiënten in 2010, 3.400 in 2011, 3.600 in 2012, 3.700 in 2013 en 3.600 in 2014. Voor de psychiatrische ziekenhuisopnames betreft het 989 patiënten in 2010, 910 in 2011, 860 in 2012 en 825 in 2014.

Net als voor patiënten met andere neurologische stoornissen moet er voor die patiënten een individueel zorgtraject uitgewerkt worden. De rol van het ziekenhuis bestaat er doorgaans in de alcoholverslaafde patiënt te laten ontwennen, een evenwichtig voedingspatroon aan te leren en een ad-hocbehandeling voor te schrijven. De vervolgbehandeling verschilt van patiënt tot patiënt. De verschillende functies van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zijn cruciaal om een zorgtraject op maat uit te werken.

De basisopleiding van de artsen en het medische

M. Senesael sera traitée en commission des Affaires sociales. Il en va de même pour la question n° 20259 de Mme Jiroflée.

16 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome de Korsakoff" (n° 20223)

16.01 Daniel Senesael (PS): J'ai été interpellé par la directrice d'un institut d'Estaimpuis spécialisé dans les troubles de la mémoire et singulièrement du syndrome de Korsakoff. Ce dernier consiste en des troubles neurologiques causés par une carence en vitamine B1 que l'on retrouve essentiellement chez les alcooliques chroniques mais aussi chez les personnes souffrant de sévères malnutritions, d'un traumatisme crânien grave ou d'une tumeur cérébrale. En plus de la prise de vitamines B durant un an – traitement non remboursé –, les patients doivent suivre un parcours individualisé.

Combien de personnes sont atteintes du syndrome de Korsakoff en Belgique? Qu'en est-il de leur prise en charge? Il manque de formations adaptées à cette pathologie. Les médecins et le personnel médical y sont-ils formés? Comment allez-vous pallier la pénurie?

16.02 Maggie De Block, ministre (en français): Les données des hôpitaux ne permettent pas de déterminer les patients hospitalisés pour le syndrome de Korsakoff mais on peut les identifier sous les diagnostics *amnesic disorder in conditions classified elsewhere* et *alcohol-induced persisting amnesic disorder*. On obtient ainsi pour les hospitalisations non psychiatriques: 3 300 patients en 2010, 3 400 en 2011, 3 600 en 2012, 3 700 en 2013 et 3 600 en 2014. Pour les hospitalisations psychiatriques, ce sont 989 patients en 2010, 910 en 2011, 860 en 2012 et 825 en 2014.

À l'instar d'autres troubles neurologiques, ces patients doivent bénéficier d'un trajet de soin personnalisé. Le rôle de l'hôpital consiste généralement à sevrer le patient alcoolique, introduire une alimentation équilibrée et prescrire un traitement ad hoc. La suite du traitement varie selon les patients. Les différentes fonctions de la réforme des soins de santé mentale sont cruciales pour élaborer un trajet de soin sur mesure.

La formation de base des médecins et du personnel

personeel is essentieel om alcoholmisbruik op te sporen dat tot hersenbeschadigingen kan leiden.

Zulke ziektes blijven vaak onopgemerkt en ze worden pas gediagnosticeerd nadat de zieke bijvoorbeeld is gevallen.

(Nederlands) Vaak is er een onderliggend probleem van alcoholmisbruik dat dan al schade in de hersenen heeft veroorzaakt.

16.03 Daniel Senesael (PS): Uw reactie biedt een antwoord op de vragen van de directrice van het genoemde instituut.

Het incident is gesloten.

17 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan en de hoge prijs van bepaalde geneesmiddelen" (nr. 20252)

17.01 André Frédéric (PS): Door een opzettelijk beleid van de leverancier op nationaal niveau zouden alle Belgische ziekenhuizen tegelijkertijd te maken hebben gehad met geneesmiddelen (pijnstillers, antibiotica, kankermedicijnen en narcotica) die tijdelijk niet beschikbaar waren. Soms deden die tekorten zich enkel in ons land voor, waar de geneesmiddelen overigens nog steeds tot 14 keer (voor bepaalde moleculen) duurder zijn dan in onze buurlanden, ondanks de maatregelen die tijdens de vorige zittingsperiodes werden genomen.

Klopt het dat er in België regelmatig problemen met de geneesmiddelenbevoorrading zijn? Zo ja, welke maatregelen zult u nemen u om dat probleem in te dammen? Waarom wordt enkel België door die tekorten getroffen? Welke hefboomen gebruikt u bij uw onderhandelingen met de farmaceutische bedrijven?

In geval van een tekort drijven de concurrerende leveranciers soms hun prijzen op. Wat denkt u van die praktijk?

Hoe verklaart u dat heel wat geneesmiddelen bij ons duurder zijn dan in onze buurlanden?

Hoe verklaart u die situatie, die gevaarlijke gevolgen kan hebben voor de patiënt, bijvoorbeeld wanneer men van narcoticum moet veranderen?

Wat hebt u geantwoord aan de 43.000 ondertekenaars van de petitie die een redelijke prijszetting vragen voor innovatieve geneesmiddelen, zoals medicijnen ter behandeling

médical est essentielle pour déceler les abus d'alcool qui peuvent léser le cerveau.

Ces problèmes passent souvent inaperçus et sont décelés lors d'une chute, par exemple.

(En néerlandais) Souvent, un problème sous-jacent d'alcoolisme a déjà entraîné des lésions cérébrales.

16.03 Daniel Senesael (PS): Votre réponse répond aux interrogations de la directrice de l'institution citée.

L'incident est clos.

17 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les pénuries et le coût élevé de certains médicaments" (n° 20252)

17.01 André Frédéric (PS): Des ruptures de stock de certains médicaments (antidouleurs, antibiotiques, anticancéreux et anesthésiques) ont affecté tous les hôpitaux belges en même temps, à la suite – semble-t-il – d'une politique délibérée du fournisseur au niveau national. Certaines de ces pénuries ne concernaient que notre pays où, par ailleurs, les médicaments restent toujours jusqu'à 14 fois plus chers (pour certaines molécules) que dans les pays voisins, en dépit des mesures prises sous les précédentes législatures.

Confirmez-vous ces problèmes récurrents de ruptures de stock de médicaments sur le territoire belge? Si oui, quelles mesures envisagez-vous pour endiguer ce problème? Pourquoi ces pénuries n'affectent-elles que la Belgique? Quels leviers utilisez-vous lorsque vous négociez avec les firmes pharmaceutiques?

En cas de pénurie, les fournisseurs concurrents augmentent parfois leurs prix. Qu'en pensez-vous?

Comment expliquez-vous que de nombreux médicaments coûtent plus cher que dans les pays voisins?

Comment expliquez-vous cette situation et ses conséquences potentiellement dangereuses, par exemple lorsqu'il faut changer d'anesthésique?

Qu'avez-vous répondu aux 43 000 signataires de la pétition réclamant la fixation de prix raisonnables pour les médicaments novateurs, comme ceux pour le traitement de l'hépatite C ou du cancer du sein?

van hepatitis C of borstkanker?

17.02 Minister **Maggie De Block** (*Frans*): Het federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg) ontvangt elke maand een honderdtal meldingen van meerdere farmabedrijven inzake de tijdelijke onbeschikbaarheid van medicijnen. Meestal vormt dat geen probleem voor de volksgezondheid. Als een onontbeerlijk medicijn onbeschikbaar is en er geen alternatief is, kunnen apothekers een in een ander land geregistreerd alternatief invoeren op grond van een voorschrift en een verklaring van de arts, waarin die verklaart dat de patiënt niet kan worden behandeld met in België beschikbare geneesmiddelen.

Het fagg en het RIZIV hebben een taskforce inzake de onbeschikbaarheid van geneesmiddelen opgericht, waar de stakeholders deel van uitmaken. Dat heeft meer bepaald geleid tot de oprichting in 2014 van een uniek meldpunt voor de communicatie omtrent de beschikbaarheid van geneesmiddelen op de Belgische markt.

Die werkgroep heeft een beslissingskader uitgewerkt dat de bij onbeschikbaarheid te nemen maatregelen vastlegt. Bij elke melding wordt onderzocht of de onbeschikbaarheid problematisch dreigt te zijn voor de volksgezondheid, dat wil zeggen dat wordt nagegaan of er sprake is van een essentieel geneesmiddel voor de volksgezondheid, zonder alternatief en met een lange onbeschikbaarheidsduur. Het probleem kan worden opgelost door, op advies van de Commissie van Advies, een afwijking toe te kennen aan een farmaceutische onderneming zodat deze tijdelijk in het buitenland beschikbare partijen vergunde geneesmiddelen kan invoeren.

De werkgroep werkt ook aan een communicatieplatform waarop de onbeschikbare geneesmiddelen kunnen worden meegedeeld. Dat platform zou medio 2018 klaar zijn. Verder werkt de werkgroep ook aan preventieve maatregelen en aan aanpassingen van de wetgeving.

Soms is de onbeschikbaarheid het gevolg van productieproblemen, van contingentering of van de intracommunautaire distributie en de uitvoer van Belgische geneesmiddelen. Dat zijn geen illegale praktijken. Het fagg volgt deze praktijken nauwlettend op en ze worden ook op Europees niveau besproken.

Tijdens de huidige zittingsperiode werden er meerdere maatregelen genomen om de geneesmiddelenprijs te verminderen. Als er een

17.02 **Maggie De Block**, ministre (*en français*): L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) reçoit tous les mois des firmes pharmaceutiques une centaine de notifications d'indisponibilité temporaire de médicaments. La plupart du temps, cela ne pose pas de problème de santé publique. Si un médicament indispensable est indisponible et qu'il n'y a aucune alternative, les pharmaciens peuvent importer une alternative enregistrée dans un autre pays, sur la base d'une prescription et d'une déclaration du médecin attestant que le patient ne peut être traité avec les médicaments disponibles en Belgique.

L'AFMPS et l'INAMI ont mis sur pied une *task force* sur l'indisponibilité des médicaments, regroupant les parties prenantes. Cela a notamment mené à la création, en 2014, d'un point de notification unique pour communiquer la disponibilité des médicaments sur le marché belge.

Ce groupe de travail a élaboré un cadre décisionnel déterminant les mesures à prendre en cas d'indisponibilité. Chaque notification est examinée pour savoir si elle risque de poser problème pour la santé publique, donc s'il s'agit d'un médicament essentiel pour la santé publique, sans alternative et dont la durée d'indisponibilité est longue. Une solution peut être l'octroi d'une dérogation à une firme pharmaceutique, sur avis de la Commission consultative, afin d'importer temporairement des lots de médicaments autorisés disponibles à l'étranger.

Le groupe élabore aussi un projet de plate-forme de communication permettant de notifier des indisponibilités. La réalisation est prévue pour mi-2018. Il envisage aussi des mesures préventives et des adaptations de la législation.

Certaines indisponibilités sont dues à des problèmes de fabrication, à des contingentements ou à la distribution intracommunautaire et à l'export de médicaments belges. Ces pratiques ne sont pas illégales. Elles retiennent toute l'attention de l'AFMPS et sont discutées au niveau européen.

Durant cette législature, différentes mesures ont été prises pour diminuer le prix des médicaments. À l'arrivée d'un médicament générique, une baisse de

generiek geneesmiddel op de markt komt, wordt de prijs significant verlaagd. Tijdens de vorige zittingsperiode moest men tot zes jaar na de komst van het generieke middel wachten vooraleer de prijs ervan tot een vergelijkbaar niveau gedaald was.

De lage geneesmiddelenprijs in onze buurlanden leidt veel vaker tot tekorten dan in België, waardoor de behandeling van chronische ziekten moet worden onderbroken.

We beschikken over tools die het mogelijk maken de kosten van innovatieve geneesmiddelen af te stemmen op de therapeutische waarde, met de waarborg dat de begroting niet overschreden wordt. Het is ook mogelijk een overeenkomst met een bedrijf te sluiten waardoor de effectieve kosten lager uitvallen dan de officiële prijs.

In de buurlanden zijn er veel vaker problemen. Het agentschap heeft al veel werk verzet.

17.03 André Frédéric (PS): Wanneer er een tekort wordt vastgesteld en de enige oplossing erin bestaat te importeren, zal het een zekere tijd duren alvorens het geneesmiddel ter beschikking kan worden gesteld. De reflectie moet worden voortgezet.

Wat het prijsverschil met de buurlanden betreft zal het debat in de Raad van ministers van Volksgezondheid moeten worden gevoerd.

Het incident is gesloten.

18 Samengevoegde vragen van

- de heer Stefaan Vercamer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van de NMR-toestellen" (nr. 20278)
- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van NMR-toestellen" (nr. 20659)

18.01 Stefaan Vercamer (CD&V): De minister is bevoegd voor de NMR-programmatie (Nuclear Magnetic Resonance), terwijl haar Vlaamse collega Vandeurzen bevoegd is voor de toekenning van de licenties ervan. Doordat de programmatie echter beperkt is, moest de Vlaamse regering selectiecriteria hanteren om de zeven NMR's toe te wijzen, maar die toewijzing is inmiddels vernietigd door twee arresten van de Raad van State. Is dit geen aanleiding om de NMR-programmatie eens te evalueren?

prix importante est appliquée, contrairement à une érosion du prix durant six ans après l'arrivée du générique, durant la législature précédente.

Le prix bas des médicaments dans les pays voisins mène à des ruptures de stocks beaucoup plus fréquentes qu'en Belgique, avec des interruptions de traitement de maladies chroniques.

Des outils permettent d'aligner les coûts des médicaments innovants à la valeur thérapeutique, avec la garantie d'absence de dépassement budgétaire. Il est aussi possible de conclure une convention avec une firme à des coûts réels inférieurs au prix facial.

Dans les pays voisins, les problèmes sont beaucoup plus fréquents. L'agence a déjà beaucoup travaillé.

17.03 André Frédéric (PS): Quand la pénurie est constatée, si la seule solution est d'importer, il faudra un certain temps avant que le médicament puisse être mis à disposition. Il faut poursuivre la réflexion.

Pour ce qui est du différentiel de coûts avec les pays voisins, il faudrait porter le débat au Conseil des ministres de la Santé.

L'incident est clos.

18 Questions jointes de

- M. Stefaan Vercamer à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des équipements d'imagerie par résonance magnétique (RMN)" (n° 20278)
- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 20659)

18.01 Stefaan Vercamer (CD&V): La programmation RMN (résonance magnétique nucléaire) fait partie des attributions de la ministre, tandis que son homologue flamand, M. Vandeurzen, est compétent pour la délivrance des licences. Cependant, la programmation étant limitée, le gouvernement flamand a dû appliquer des critères de sélection en vue de l'attribution des sept appareils RMN, mais sa décision a été annulée entre-temps par deux arrêts du Conseil d'État. Une évaluation de la programmation RMN ne serait-elle pas d'actualité?

De kwalitatieve basiszorg zou belangrijk worden versterkt als in de programmatie zou worden opgenomen dat elk ziekenhuis over een dergelijk toestel moet kunnen beschikken. Bovendien riskeren ziekenhuizen die niet beschikken over een NMR-toestel tijdens onderhandelingen in een zwakke positie te belanden en ten onrechte te worden ondergewaardeerd.

Hoeveel ziekenhuizen beschikken vandaag over een NMR-toestel en hoeveel toestellen hebben zij? Welke ziekenhuizen beschikken er nog niet over? Hoeveel NMR-toestellen zijn nog nodig om elk ziekenhuis daarvan te voorzien? Hoelang is daartoe nodig op basis van de huidige programmatie? Is de minister bereid om de programmatie in die zin te herzien? Indien niet, waarom? Hoe zal men de problemen, zoals extra verplaatsingen, in dat geval oplossen? Hoe zullen de kleinere ziekenhuizen worden beschermd om in het hele netwerkverhaal als volwaardige partner te worden beschouwd? Hoe zal men toezien op een optimale afstemming van het medisch aanbod?

18.02 Minister **Maggie De Block** (*Nederlands*): In Vlaanderen beschikken 45 van de 54 algemene of universitaire ziekenhuizen over een NMR. Sommige ziekenhuizen hebben er meer, wat het totale aantal NMR's op 65 brengt. Van de negen ziekenhuizen die geen NMR hebben, behoren er vier tot een associatie. De vijf ziekenhuizen die niet in een associatie zitten, zijn Ziekenhuis Maas en Kempen in Maaseik, Sint-Vincentiusziekenhuis in Deinze, AZ Oudenaarde, AZ Ziekenhuis Lokeren en het Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes Ziekenhuis van Waregem.

In Brussel hebben alle ziekenhuizen een of meerdere NMR's. Er zijn 19 toestellen voor 12 algemene en 3 universitaire ziekenhuizen. In Wallonië hebben 29 van de 37 algemene of universitaire ziekenhuizen een NMR. Er zijn 37 toestellen in totaal. Vijf ziekenhuizen zijn niet geassocieerd en hebben geen NMR: Jolimont, Haute Senne te Soignies, Reine Astrid te Malmedy, Eupen en Herstal.

Ik bezorg de commissie een lijst met het aantal erkende toestellen. Ingevolge het protocolakkoord van 24 februari 2014 werd in de zomer van 2014 een eerste schijf voor 12 extra toestellen vrijgemaakt, maar het duurde tot de lente van 2016 voor de toestellen werden gegund. De toewijzing door de Gemeenschappen is ondertussen gebeurd.

Si cette programmation prévoyait que chaque hôpital peut disposer d'un tel équipement, la qualité des soins de base s'en trouverait considérablement améliorée. De plus, la position des hôpitaux ne disposant pas d'un tel équipement risque d'être déforcée lors de négociations et ils pourraient être injustement sous-évalués.

Combien d'établissements hospitaliers sont-ils actuellement dotés d'un appareil RMN et de combien d'appareils disposent-ils? Quels hôpitaux n'en sont pas encore équipés? Combien d'appareils RMN sont-ils nécessaires pour équiper chaque hôpital? Sur la base de la programmation actuelle, combien de temps faudra-t-il pour atteindre cet objectif? La ministre est-elle prête à revoir la programmation dans ce sens? Dans la négative, pourquoi? Quelle solution propose-t-elle dans ce cas pour résoudre la question des déplacements additionnels des patients? Dans le cadre du développement des réseaux hospitaliers, comment les établissements hospitaliers plus modestes seront-ils protégés et intégrés en tant que partenaires à part entière? Comment veillera-t-on à une adéquation optimale de l'offre médicale?

18.02 **Maggie De Block**, ministre (*en néerlandais*): En Flandre, 45 des 54 hôpitaux généraux ou universitaires possèdent un appareil RMN. Certains en ont plusieurs, ce qui porte le nombre total de ces appareils à 65. Sur les neuf hôpitaux qui n'en disposent pas, quatre font partie d'une association. Les cinq hôpitaux qui ne fonctionnent pas en association sont l'hôpital Maas en Kempen à Maaseik, l'hôpital Sint-Vincentius à Deinze, l'AZ Audenarde, l'AZ Lokeren et l'hôpital Onze-Lieve-Vrouw van Lourdes à Waregem.

À Bruxelles, tous les hôpitaux disposent d'un ou plusieurs appareils RMN. On dénombre 19 appareils pour 12 hôpitaux généraux et 3 hôpitaux universitaires. En Wallonie, 29 des 37 hôpitaux généraux ou universitaires disposent d'un tel appareil et au total, on dénombre 37 appareils. Cinq hôpitaux ne fonctionnent pas en association et ne disposent pas d'un appareil RMN: Jolimont, Haute Senne à Soignies, Reine Astrid à Malmedy, Eupen et Herstal.

Je remettrai à la commission une liste indiquant le nombre d'appareils agréés. À la suite du protocole d'accord du 24 février 2014, une première tranche destinée à 12 appareils supplémentaires a été libérée à l'été 2014 mais il a fallu attendre le printemps 2016 pour que le marché soit attribué. L'adjudication par les Communautés est à présent

Ik wacht op een rapport van de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het RIZIV over de vraag of de budgetneutraliteit werd gerespecteerd. Pas na de evaluatie kunnen wij de programmatie verder uitbreiden. Het RIZIV-rapport heeft vertraging opgelopen omdat de ziekenfondsen de gegevens niet altijd correct afleverden. De verwachte opleverdatum is nu oktober.

Het gevraagde advies van het Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) over de volgende NMR-programmatie zal rekening moeten houden met het rapport van het RIZIV dat de data over het gebruik van NMR in kaart brengt. De spreiding van de NMR-capaciteit gebeurt op basis van demografische gegevens. De erkenning is een bevoegdheid van de Gemeenschappen. De link tussen ziekenhuisnetwerking en programmatie van NMR-toestellen kan alleen bekeken worden in de locoregionale klinische netwerken.

Het budget van de medische beeldvorming stijgt jaarlijks en overschrijdt telkens de budgettaire ramingen. Aanbodbeheersing blijft een krachtig instrument voor budgetbeheersing. Zo stelden we vast dat zelfs na de installatie van twaalf bijkomende NMR's het aantal stralingsbelastende CT-onderzoeken niet daalt, maar zelfs nog stijgt.

Het loslaten van de programmatie betekent het verlies van een krachtig stuurinstrument en is niet te verantwoorden.

De Raad van State vernietigde de beslissing van de Vlaamse Gemeenschap voor zeven nieuwe toestellen om formele redenen. De bijkomende programmatiecriteria werden namelijk door de bevoegde ministers genomen, terwijl ze door de Vlaamse regering genomen moest worden. Er is dus geen link met de verhoging van de programmatie.

In de toekomst willen we meer en meer gaan naar samenwerking via netwerken. Op dat vlak zullen we de middelen optimaliseren, ook deze zware apparatuur.

Ik verwacht ook veel van de implementatie van een systeem van beslissingsondersteuning van de voorschrijvers. Mijn administratie bekijkt welk systeem het meest in aanmerking komt voor een proefproject.

Er zal dus nog een nieuwe programmatie komen, die budgetneutraal moet zijn. Er worden nu teveel

terminée. J'attends un rapport du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI pour savoir si la neutralité budgétaire a été respectée. La programmation ne pourra être élargie qu'à l'issue de cette évaluation. Le rapport de l'INAMI a pris du retard parce que les données fournies par les mutualités n'étaient pas toujours correctes. Ce rapport est à présent attendu pour octobre.

Dans son avis relatif à la prochaine programmation RMN, la Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) devra tenir compte du rapport de l'INAMI qui dresse la carte des données concernant l'utilisation de la RMN. La répartition de la capacité RMN s'appuie sur des données démographiques. L'agrément des équipements est une compétence dévolue aux Communautés. Le lien entre la constitution de réseaux hospitaliers et la programmation RMN ne peut être analysé que dans le cadre des réseaux cliniques locorégionaux.

Le budget alloué à l'imagerie médicale augmente chaque année et dépasse systématiquement les estimations budgétaires. La maîtrise de l'offre demeure un levier puissant en matière de maîtrise budgétaire. Ainsi, nous avons constaté que même après l'installation de douze appareils RMN supplémentaires, le nombre d'examens CT aux rayonnements ionisants ne diminue pas, mais augmente encore.

L'abandon de la programmation signifierait la perte d'un important instrument de pilotage et ne se justifie dès lors pas.

Le Conseil d'État a annulé la décision de la Communauté flamande relative aux sept nouveaux appareils pour des raisons d'ordre formel. Les critères de programmation complémentaires ont en effet été décidés par les ministres compétents alors que cette décision aurait dû être prise par le gouvernement flamand. Il n'existe donc aucun lien avec le relèvement de la programmation.

À l'avenir, nous voulons travailler de plus en plus par le biais de réseaux. Sur ce plan, nous optimiserons nos moyens et cela vaut également pour cet appareillage très coûteux.

J'attends également beaucoup de la mise en œuvre d'un système d'aide à la décision des prescripteurs. Mon administration examine quel système se prêterait le mieux à un projet-pilote.

Il y aura donc une nouvelle programmation qui doit être neutre sur le plan budgétaire. Actuellement,

dubbele onderzoeken voorgeschreven – zowel een CT-scan als een NMR-onderzoek – en dat is overbodig, zowel wat het budget betreft als de straling waaraan patiënten worden blootgesteld.

18.03 Stefaan Vercamer (CD&V): Bij de nieuwe programmatie kan ook een criterium opgelegd worden dat er een substitutie moet zijn. Er kan ook regulerend worden opgetreden via de terugbetaling. Dit toestel behoort tot de basisuitrusting van de ziekenhuizen en in Vlaanderen zijn er vijf ziekenhuizen die er niet over beschikken. Ik pleit ervoor dat de Vlaamse regering een NMR-toestel aan die ziekenhuizen toewijst.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 20260 van mevrouw Jiroflée wordt uitgesteld.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.41 uur.

trop d'examens – comme un CT-scan ou un IRM – sont prescrits en double et ce n'est pas nécessaire, du point de vue tant du budget que de l'exposition des patients aux radiations.

18.03 Stefaan Vercamer (CD&V): Dans le cadre de la programmation, un critère imposé pourrait concerner la substitution. Une intervention régulatrice est également possible par le biais du remboursement. Cet appareil relève de l'équipement de base des hôpitaux et en Flandre, cinq hôpitaux n'en disposent pas. Je plaide pour que le gouvernement attribue un appareil IRM à ces hôpitaux.

L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 20260 de Mme Jiroflée est reportée.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 41.