

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

van

du

WOENSDAG 21 JUNI 2017

MERCREDI 21 JUIN 2017

Namiddag

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.17 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van zuurstofflessen bij COPD" (nr. 18554)

01 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des bouteilles d'oxygène en cas de BPCO" (n° 18554)

01.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik stel mijn vraag naar aanleiding van een patiënt die me contacteerde in verband met de terugbetaling van een fles of een apparaat dat zuurstof toedient. Hij zou hiervoor niet meer in aanmerking komen omdat zijn saturatie enkele procenten te hoog zou zijn. Hij zei dat hij vroeger wel in aanmerking kwam en de flessen terugbetaald kreeg. Volgens hem was de regeling hieromtrent enkele jaren geleden aangepast. Zelf ben ik er niet van op de hoogte en kon ik er ook niet veel informatie over vinden.

Vandaar mijn vraag aan u. Kunt u verduidelijken hoe de regeling voor de terugbetaling van zuurstofflessen nu precies in elkaar zit voor mensen met COPD? Op welke wetenschappelijke bevindingen of studies is deze regeling gestoeld?

In sommige Europese landen zouden deze zuurstofflessen wel vrij te verkrijgen zijn, maar bij ons niet. Is er bij ons een pleidooi voor een Europees kader?

01.02 Minister Maggie De Block: Wat uw eerste vraag betreft, staat er een volledige rubriek op de website van het RIZIV die ook door patiënten geraadpleegd kan worden. Daar moet ik u naar doorverwijzen. Het hangt er bijvoorbeeld van af hoe laag het zuurstofgehalte precies is, ook al gaat het over dezelfde ziekte. Er is een arteriële bloedafname nodig om dat te weten. Ook de longinhoud speelt een rol.

Wat uw tweede vraag betreft, er is een goede omkadering voor het veilig ter beschikking stellen van zuurstoftherapie in ons land. Patiënten die deze zorg werkelijk nodig hebben, worden hier individueel door zorgverstrekkers of via conventies voldoende ondersteund. Ik denk dat hier geen dringende noodzaak is om op Europees niveau een initiatief te nemen. België is ook een van de weinige landen waar zuurstof zowel via een distributieketen als via de apotheker kan besteld worden. We hebben daar dus een grote vrijheid om zuurstof zo laagdrempelig mogelijk ter beschikking van de patiënt te stellen.

Het is goed dat een patiënt u contacteert, maar het zou logischer zijn dat hij zijn arts contacteert. Dat is een van de taken van de voorschrijvende arts. Hij is er niet alleen om voor te schrijven, maar ook om te bekijken hoe en waar de patiënt een aanvraag kan doen. Ik heb hier de twee websites, indien u het wil nakijken.

01.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is fijn, bedankt. Ik zal het doorgeven en hem ook vertellen dat hij hiervoor best zijn arts contacteert.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de minimale opnameduur voor de diensten geriatrie" (nr. 18555)

02 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la durée d'hospitalisation minimale dans les services de gériatrie" (n° 18555)

02.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb begrepen dat patiënten voor opname in de dienst geriatrie in ziekenhuizen gebonden zijn aan een verplichte opnameduur van minimum drie weken. Tijdens mijn stage ben ik daarop gestoten, maar ik wist niet dat dit nog altijd zo is. In dat verband werd ik ook van op het terrein gecontacteerd.

Mevrouw de minister, wat is daar de ratio achter?

Hebt u plannen om dat af te schaffen? Dergelijke praktijken lijken mij namelijk niet de meest correcte besteding van middelen.

Ik heb in deze commissie al eens getuigd over patiënten die perfect naar huis zouden kunnen gaan, maar die hun opnameduur moesten uitzitten. Ik ken een heel concreet geval van een patiënt met recidiverende urosepsis die na een tiental dagen op de dienst inwendige ziekten ontslagen werd, terwijl dat op de dienst geriatrie pas na achtentwintig dagen was.

02.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, ik ben eigenlijk verbaasd over het feit dat er een minimale opnameduur voor patiënten zou bestaan binnen een ziekenhuis. Dat is noch op de dienst geriatrie, noch op andere diensten het geval. Er bestaat geen verplichte opnameduur voor patiënten die gehospitaliseerd worden. Wel bestaan er sommige ZIV-conventies die specifieke revalidatieprogramma's financieren en die voorzien wel in een bepaalde behandelingsduur. Mogelijk bevindt de geriatrische patiënt die u vernoemt, zich in een dergelijk zorgprogramma. Die revalidatieprogramma's zijn uitzonderlijk en gebaseerd op wetenschappelijke richtlijnen voor de behandeling van specifieke aandoeningen. Voor een recidiverende urosepsis is er geen specifiek revalidatieprogramma.

Indien de nationale gemiddelde ligduur in de G-diensten effectief ongeveer drie weken zou zijn, dan kunnen wij dat enkel als een gegeven vaststellen. Ik heb dat laten nakijken, zeker die reglementaire regel. Op basis van de cijfers van de voorgaande jaren hebben wij bevonden dat de gemiddelde ligduur in de geriatrische diensten wordt ingeschat tussen de tien en de elf dagen. Aangezien dat een gemiddelde is, betekent dit dat niet elke patiënt drie weken in het ziekenhuis moet verblijven.

Ik vind het een raar verhaal en ik heb het dus laten nakijken. Voorlopig heb ik geen elementen die wijzen op wat u stelt.

Ik weet niet over welk ziekenhuis het gaat. Wij weten dat sommige ziekenhuizen een zeer lage bezettingsgraad van hun bedden hebben en dat kan misschien meespelen.

Als er een lage bezettingsgraad is en er nog plaats is, dan houdt men soms de mensen wat langer. Dat is zeker een van de zaken waarvoor wij onze hervorming moeten doorvoeren, zodat er een hogere bezettingsgraad komt op die diensten en er efficiënter wordt omgegaan met de middelen.

02.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik dank u voor uw antwoord, mevrouw de minister. Ik zal het doorgeven.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Interpellation et question jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 225)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des implants cochléaires" (n° 18986)

03 Samengevoegde interpellatie en vraag van

- mevrouw Catherine Fonck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 225)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van cochleaire implantaten" (nr. 18986)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je voudrais aborder ici un dossier important pour les patients et pour les médecins oto-rhino-laryngologistes (ORL), qui concerne à la fois les implants cochléaires et les implants d'oreille moyenne. Encore récemment, lorsqu'il était nécessaire de procéder à un implant cochléaire ou d'oreille moyenne, il était d'usage de demander un accord de remboursement préalablement à l'implantation. Le chirurgien présentait le dossier médical au Collège des médecins directeurs de l'INAMI et ne procédait à l'intervention chirurgicale qu'une fois l'accord obtenu.

Une circulaire de l'INAMI a été adressée aux hôpitaux généraux le 6 mars 2017, qui prévoit un basculement de la procédure a posteriori de l'intervention. Il y est expliqué que le Collège des médecins-directeurs accorde ou refuse le remboursement d'un implant cochléaire ou d'un implant auditif de l'oreille moyenne après son implantation. Cela a pour conséquence une très grande incertitude financière pour le patient, quel que soit son âge. Dans la plupart des cas, le chirurgien est convaincu que son patient répond à tous les critères administratifs et médicaux. À l'inverse, certains dossiers sont particulièrement complexes sur le plan technique. Dès lors, aucun chirurgien ne pourra plus garantir à son patient qu'il obtiendra le remboursement a posteriori. C'est d'autant plus le cas pour le remboursement des implants à l'oreille moyenne, puisque ce remboursement est plus récent, et qu'il y a dès lors moins de recul.

Vous me direz que ce n'est pas si grave. Pourtant, selon qu'il s'agit d'un implant cochléaire ou d'oreille moyenne, ces implants coûtent entre 10 000 et 25 000 euros pièce, et l'on plonge ces patients dans le risque que cet implant ne soit pas pris en charge après l'opération. Compte tenu de ces montants très élevés, je trouve cela très problématique.

Une quinzaine de spécialistes belges du Nord et du Sud du pays vous ont questionnée depuis plusieurs mois sur ce sujet.

Ils m'ont dit récemment qu'il n'y avait eu ni réponse ni réaction de votre part. Ce sont évidemment des ORL qui vous ont sollicitée, et leur demande est légitime, car elle prend vraiment la mesure des difficultés financières potentielles des patients. Madame la ministre, je me permets donc d'essayer de vous convaincre de modifier la donne.

Pour l'aspect juridique, il y a la circulaire de l'INAMI, mais aussi un arrêté royal de base du 25 juin 2014. C'est une disposition qu'il faut pouvoir revoir, car avec des coûts et des risques pareils, le fait que ce remboursement ne soit pas accordé a posteriori soit plongerait les familles dans de grandes difficultés financières, soit ferait que les patients n'oseraient plus se faire implanter, alors qu'ils en ont évidemment besoin. Dans un cas comme dans l'autre, c'est extrêmement pénalisant pour ces derniers. Je vous remercie donc d'examiner cette situation et de la modifier dans l'intérêt des patients.

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, j'ai reçu ces lettres le 17 mai. J'ai déjà répondu à toutes les quinze, qui étaient d'ailleurs les mêmes. Mais avant d'avoir cette réponse, nous avons effectivement dû contacter, pour ce dossier, les organes compétents de l'INAMI. De plus, la Commission de remboursement des implants et des dispositifs médicaux invasifs a récemment entamé une discussion afin de réexaminer la procédure de demande, en concertation avec le Collège des médecins-directeurs. La Commission ne manquera pas non plus de prendre contact avec les spécialistes en la matière avant de marquer son accord sur une nouvelle proposition.

En attendant la révision de cette procédure de demande, j'ai prié le Collège des médecins-directeurs de réexaminer le dossier préalablement à l'implantation, et pas *post factum*.

Les problèmes qui se sont posés et ont donné lieu à la rédaction de la circulaire sont les suivants. Tout d'abord, après qu'un accord ait été donné par le Collège préalablement à l'implantation, l'implantation est parfois reportée de plusieurs années.

Il est dès lors difficile de savoir si le patient répond à tous les critères de remboursement au moment de l'implantation. Le patient se rend dans un autre centre ORL. La demande n'est alors pas introduite par le médecin spécialiste qui implante. Or c'est une condition qui relève des critères de remboursement. Cela pose problème.

Ensuite, il arrive aussi qu'un autre appareil que celui mentionné dans la demande soit implanté. Ou, entre-temps, le patient a atteint une limite d'âge, par exemple huit ans. Les remboursements sont différents si l'âge du patient lors de l'intervention est inférieur ou supérieur à huit ans. D'autres codes de prestation que ceux applicables au moment de la demande sont d'application. En outre, des limites d'âge maximales existent (12 ans et 18 ans) pour certaines prestations et ne sont pas toujours respectées.

Pour toute cette problématique, il faut mettre au point une nouvelle procédure dans laquelle le remboursement peut être donné préalablement pour éviter ce genre de problèmes. Pour cette raison, nous avons demandé aux patients de se mettre en contact avec les spécialistes, qui sont confrontés aux demandes de remboursement, aux circonstances de celles-ci et d'établir un accord avec eux. Leur demande doit être bien fondée. On peut évidemment donner l'accord pour l'implantation avant l'intervention.

En attendant une nouvelle procédure, j'ai demandé de traiter ces questions préalablement. Je compte sur les demandeurs pour que ces problèmes fréquents ne se reproduisent plus. J'ai écrit cela avec beaucoup de précisions aux quinze spécialistes, qui seront aussi contactés par les organes de l'INAMI. Ce n'est pas au niveau du cabinet que des négociations sont menées, c'est l'INAMI qui s'en occupe. J'ai demandé de prendre des mesures et d'obtenir, aussi vite que possible, une nouvelle procédure, meilleure pour le patient, car les montants en jeu sont importants.

03.03 Catherine Fonck (cdH): Je vous remercie, madame la ministre. Je retiens deux choses. C'est que là, tout de suite, sur le plan opérationnel, on revient à la situation d'avant la circulaire de l'INAMI du 6 mars 2017. On bascule dans la procédure antérieure. Tant mieux mais répondez aux spécialistes. Ils vous ont écrit le 27 mars. J'entends que vous avez dû prendre le temps d'examiner ce courrier. Je n'ai pas de problème avec cela mais il faut vraiment leur répondre et s'assurer que maintenant, tous reprennent la procédure antérieure. C'est une bonne chose.

Deuxièmement, il faut évidemment verrouiller cette procédure sur le plan réglementaire. Je continue donc à plaider pour qu'on puisse revoir l'arrêté royal du 25 juin 2014 – j'espère que c'est bien le sens de ce que vous me dites aujourd'hui et c'est ce que je retiendrai –, même si cela doit se faire avec le Collège des médecins-directeurs de l'INAMI, pour qu'on n'ait plus de souci à l'avenir et surtout que, alors même que la procédure réglementaire était écrite pour le faire a posteriori, on ne se retrouve pas avec des difficultés de patients qui auraient été implantés avec, après coup, un problème parce que la procédure sur la base réglementaire de 2014 n'aurait pas été respectée.

Troisièmement, j'entends bien les éléments d'organisation que vous évoquez et qui, j'imagine, ont justifié, le 25 juin 2014, qu'on prenne cet arrêté royal et que la circulaire de l'INAMI se fasse en 2016. En même temps, il y a une nouvelle procédure à trouver mais il me semble que des solutions assez faciles existent. On peut prévoir des dates de péremption. Une fois qu'on donne l'autorisation, elle n'est pas valable pour 45 ans. Par rapport aux dates butoirs des âges que vous avez rappelés avec les modifications de remboursement, on peut aussi prévoir des modalités très claires avec le patient.

Madame la présidente, je vais déposer une motion. Par rapport à cet arrêté royal du 25 juin 2014, je mets en lumière aujourd'hui les problématiques sur les implants cochléaires et les implants de l'oreille moyenne. C'est très technique. Vous avez tous cette liste de prestations et de nomenclatures qui concernent l'arrêté royal complet. Je crois que cela vaudrait la peine de jeter à nouveau un coup d'œil de manière transversale sur l'arrêté royal pour voir s'il n'y a pas d'autres volets, en dehors de l'implant cochléaire et de l'implant de l'oreille moyenne, qui posent problème.

Je dépose une motion de recommandation puisqu'il s'agit de modifier une règle. Madame la ministre, je compte sur vous parce que pour les patients et pour les familles, c'est véritablement fondamental compte tenu des montants très élevés.

03.04 Maggie De Block, ministre: Les lettres ont déjà été envoyées.

03.05 Catherine Fonck (cdH): Parfait! La semaine dernière, ils ne les avaient pas encore reçues.

03.06 Maggie De Block, ministre: Elles ont été envoyées cette semaine-ci.

Moties
Motions

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Catherine Fonck et est libellée comme suit:

"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Catherine Fonck
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

demande au gouvernement de modifier les modalités de remboursement des implants cochléaires prévues dans l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs et dans son annexe, afin de prévoir une procédure d'autorisation de remboursement a priori, c'est-à-dire avant l'implantation.

Depuis mars 2017, l'INAMI n'accepte plus les demandes d'autorisation de remboursement introduites avant l'implantation de l'implant cochléaire. Ceci a pour conséquence que les patients se trouvent face à une incertitude quant à la prise en charge de l'implant et dans une situation financière très difficile en cas de refus de remboursement.

Prévoir une procédure d'autorisation de remboursement a priori permet de garantir la sécurité tarifaire des patients, d'autant plus importante pour un implant cochléaire dont le coût varie entre 10 000 et 25 000 euros."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Catherine Fonck en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Catherine Fonck
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

verzoekt de regering de modaliteiten voor de terugbetaling van de cochleaire implantaten, zoals vastgesteld in het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en in de bijbehorende bijlage, te wijzigen, teneinde te voorzien in een procedure voor de toekenning van de terugbetaling a priori, dat wil zeggen vóór de implantatie.

Sinds maart 2017 aanvaardt het RIZIV de aanvragen voor de toekenning van de terugbetaling die vóór de implantatie van het cochleair implantaat worden ingediend, niet langer. Daardoor weten de patiënten niet of het implantaat zal worden terugbetaald en komen ze in een zeer precarie financiële situatie terecht indien de terugbetaling wordt geweigerd.

Dankzij een procedure voor de voorafgaande toekenning van de terugbetaling kan men de patiënten tariefzekerheid bieden, wat voor een cochleair implantaat des te belangrijker is, omdat het 10 000 à 25 000 euro kost."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.
Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

04 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tandartsbezoek voor kinderen" (nr. 18566)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "tandzorg bij kinderen" (nr. 18622)

04 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la visite chez le dentiste pour les enfants" (n° 18566)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins dentaires pour les enfants" (n° 18622)

04.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, uit een grootschalig onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen blijkt dat België geen echt goed rapport krijgt voor tandzorg bij kinderen.

Op vierjarige leeftijd zijn vier op de tien kleine Belgen nog nooit bij de tandarts geweest, terwijl elk kind rond de leeftijd van twee jaar al een eerste keer zou moeten gaan. Het gevolg is dat vier op de tien kinderen op de leeftijd van zeven jaar helaas al een gaatje moeten laten vullen, of meer.

Daarbij valt op dat kinderen uit gezinnen met een bescheiden inkomen bijna twee keer zoveel kans hebben op gaatjes als kinderen uit gezinnen die geen recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming: 62 % tegenover 35 %. Ik denk dat dit een sterke aanwijzing is dat de gezondheid van het gebit hand in hand gaat met sociale kwetsbaarheid. Dat weten we trouwens ook uit andere studies.

In 2015 heeft slechts 54 % van de kinderen, –18-jarigen dus, een tandarts geraadpleegd. Bij gezinnen met een laag inkomen is het nog erger, met slechts 44 %. Nochtans is een jaarlijks bezoek aangeraden. Volgens het KCE zijn deze cijfers ronduit slecht. Tandzorg wordt namelijk volledig terugbetaald aan –18-jarigen, uitgezonderd orthodontie. Ter vergelijking, in Nederland zijn negen op de tien kinderen wel naar de tandarts geweest.

Het gevolg is dat orthodontie in de lift zit: 55 % van de tieners heeft in de laatste vijf jaar een orthodontische behandeling aangevat of beëindigd. Gemiddeld moeten ouders daarvoor 1 375 euro uitgeven, in een kwart van de gevallen zelfs meer dan 2 000 euro. Dat zijn hoge bedragen die de ouders zelf moeten ophoesten, vaak het gevolg van een gebrek aan preventieve behandelingen bij de tandarts. Ik hoef niet te zeggen dat het er bij kinderen uit kwetsbare gezinnen vaak niet van komt en dat zij met de problemen blijven rondlopen.

Mevrouw de minister, u hebt al een algemene maatregel genomen die ervoor zou moeten zorgen dat de bevolking jaarlijks naar de tandarts gaat. Deze cijfers dateren van 2015. Ik denk dat we daar nog geen rekening mee kunnen houden, los van het feit dat ik niet geloof in die meer bestraffende aanpak die u ingevoerd hebt. Dat zullen we later nog moeten meten of observeren.

Ik vind dat uit die studies toch nogal verontrustende cijfers komen. Vandaar mijn vragen.

Hebt u nog andere strategieën om ouders aan te sporen om op regelmatige basis met hun kinderen naar de tandarts te gaan? Wordt er volgens u voldoende aan sensibilisering gedaan? Misschien is daar ook een taak weggelegd voor huisartsen die ouders kunnen aansporen om met hun kinderen naar de tandarts te gaan vanaf de leeftijd van twee jaar.

Zoals u ook weet, werkt sensibilisering vaak niet bij kwetsbare groepen in onze maatschappij. Dit gaat heel vaak aan hen voorbij. Ik meen dat er specifieke maatregelen nodig zijn om ook die groep bij de tandarts te krijgen. Ik denk dan aan projecten rond gezinscoaching of andere manieren. Ik denk ook aan een eventuele taak voor de wijkgezondheidscentra, waarbij nu geen tandarts is betrokken. Welke mening hebt u daarover? Plant u eventueel maatregelen in de toekomst?

04.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik zal de inleiding achterwege laten, want de inleiding en de aanleiding zijn dezelfde als die van mijn collega. Het gaat erom dat kleine kinderen niet voldoende naar de tandarts gaan; het gaat over sociale kwetsbaarheid en over de gezondheidskloof, wat het Federaal Kenniscentrum daarover zegt en ook over het probleem van de orthodontie.

Ik ga meteen over tot mijn vragen. Bent u het ermee eens dat huisartsen en kinderartsen een belangrijke rol te spelen hebben bij het aanmoedigen van ouders om hun kinderen vroeg, vanaf twee jaar, jaarlijks naar de tandarts te laten gaan? Indien ja, zult u daar dan stappen voor ondernemen? Welke stappen, met welke timing? Indien niet, bent u dan van plan om andere maatregelen te nemen om deze situatie aan te pakken, gelet op de slechte cijfers?

Ten tweede, bent u van plan om maatregelen te nemen die zich specifiek richten tot kinderen uit kansarme gezinnen, aangezien er daar inderdaad wel een groter probleem is en we daar ook besparingen kunnen verwezenlijken door latere curatieve behandelingen te voorkomen?

Ten derde, bent u bereid om de terugbetaling van orthodontie te herbekijken?

04.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, mevrouw Dedry, inderdaad, het

aantal tandartsbezoeken van jonge kinderen is te laag. Dat weten wij al jaren. Op dat vlak zijn al verschillende maatregelen genomen.

Het klopt dat er op dat vlak ook een preventieve taak weggelegd is. U weet echter dat het luik sensibilisering omtrent mondverzorging ingevolge de zesde staatshervorming een bevoegdheid van de Gemeenschappen is. Daaronder valt ook het aanmoedigen van ouders om hun kinderen vanaf de leeftijd van twee jaar jaarlijks naar de tandarts te sturen. Er worden in dat verband wel stappen gezet. In de scholen tracht men daaromtrent te sensibiliseren door de kinderen ook in de school hun tandjes te laten poetsen. Dat is echter niet voldoende. De cijfers geven aan dat er grote hiaten bestaan, terwijl elk kind tandzorg zou moeten krijgen.

In de schoot van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid is er een werkgroep opgericht die werkt aan de optimalisering en drempelverlaging van de preventieve mondzorg bij bepaalde doelgroepen, onder andere jongeren met een lagere socio-economische status. Daarnaast wordt nog aan andere zaken gewerkt, onder andere aan de schrik om naar de tandarts te gaan, wat in een gezin soms geweldig kan leven, de schrik om pijn te hebben, of aan het feit dat men in een gezin niet veel met mondhygiëne bezig is. Het is de bedoeling om via de Interministeriële Conferentie ook tot een samenwerking te komen op dat domein zodat verschillende initiatieven uitgewerkt kunnen worden, waaronder mogelijk ook initiatieven voor ons.

De huisarts of de kinderarts, naargelang wie het kind opvolgt, speelt eveneens een belangrijke rol, ook inzake de opvolging van de mondgezondheid bij de patiënten. Dat blijkt onder andere uit de verstrekking 102.771 voor het beheer van het globaal medisch dossier.

Sinds 1 januari 2016 is al bepaald dat de huisarts in het globaal medisch dossier kan vermelden wanneer het laatste contact rond mondzorg met de tandarts heeft plaatsgevonden. Het is belangrijk dat die vraag wordt gesteld door de huisarts of door de kinderarts: "Wanneer bent u de laatste keer bij de tandarts geweest?" Als dat te lang geleden is, dienen zij te vragen om daar toch naartoe te gaan. Dat staat dus vermeld. Ook instanties als Kind en Gezin of ONE blijven volgens mij spelers die de ouders kunnen aanmoedigen en die het belang van gezonde tanden kunnen benadrukken.

Er is een volledige terugbetaling van de verstrekkingen voor tandzorg bij kinderen. Daar zal dus weinig aan kunnen gebeuren. Het wordt volledig terugbetaald. Wij willen er natuurlijk ook niet nog iets bovenop geven. Er is ook altijd de mogelijkheid voor de tandarts om de derde-betalersregeling toe te passen, wat het dan nog meer laagdrempelig maakt. Zelfs al wordt de zorg volledig terugbetaald, men kan toch de derde-betalersregeling toepassen, zodat men het geld ook niet moet voorschieten.

In het recent nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen voor 2017-2018 werd afgesproken om de terugbetalingsregeling voor orthodontie ook te onderzoeken, onder meer om na te gaan of er een mechanisme kan worden ingevoerd waarbij de terugbetaling afhangt van de ernst van de gebitsafwijking, met een betere terugbetaling voor de ernstige afwijkingen. Wat is de bedoeling? U weet dat er serieuze verschillen bestaan tussen wat kinderen nodig hebben op het vlak van tandzorg. Soms gaat het over een draadje, blokjes of andere omwille van een zeer kleine afwijking. Iedereen van onze generatie heeft daar wel iets van. Ik heb ook geen perfecte lijning, maar dat bestond toen nog niet. Gelukkig viel het nog mee. Er zijn echter ook kinderen die zeer grote afwijkingen hebben. Er wordt onderzocht of wij voor heel grote afwijkingen een veel betere terugbetaling kunnen geven dan voor de kleinere afwijkingen, waar het meer een esthetisch aspect betreft – wat ook belangrijk is.

Een werkgroep is hiermee belast. Het is uiteraard belangrijk om hun resultaten te kennen. Verder werd op 16 maart, in de plenaire vergadering, een resolutie goedgekeurd over een betere tegemoetkoming bij orthodontische zorg. Er moet uiteraard rekening gehouden worden met de aanbevelingen die daar gegeven werden. Het omvat een opdracht voor de commissie, de werkgroep binnen de Dentomut. Wij dienen daarnaast te bekijken hoe wij budgettaire stappen zullen zetten. Het belangrijkste uitgangspunt is dat voor de grootste afwijkingen de grootste terugbetalingen plaatsvinden.

04.04 Karin Jiroflée (sp.a): Bedankt voor uw uitgebreid antwoord, mevrouw de minister. Met kwetsbare gezinnen gaat het inderdaad doorgaans beter wanneer de financiële drempel weggenomen wordt. In dit geval moeten we echter vaststellen dat het weinig zal uithalen. Het zal uiteraard wel iets teweegbrengen, maar het zal de cijfers in elk geval niet spectaculair omhoogbrengen.

Ik ben blij om te horen dat een werkgroep bezig is met onderzoek. Daarnaast ben ik ook blij dat u de financiële bijstand wil laten afhangen van de ernst van de aandoening. Ik denk echter dat er nog kan gedifferentieerd worden op basis van het feit of we al dan niet te maken hebben met een kwetsbaar gezin en het al dan niet recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming. Ik ga ervan uit dat de werkgroep ook die aspecten bekijkt. Tevens ben ik verheugd te horen dat de aanbevelingen van de resolutie worden meegenomen. Dit alles is zeker een goede zaak.

In het begin sprak u over sensibilisering. Wij weten uiteraard dat het hier om de Gemeenschappen gaat. Ik denk dat daarin ook stappen worden gezet. Ik ben er echter van overtuigd dat er voor kwetsbare gezinnen nog andere mogelijkheden zijn. Zo gaf u zelf aan dat de huisarts de informatie aan patiënten kan melden. Ik denk dat het een federale opdracht is om de huisartsen ervan bewust te maken dat dit bijzonder belangrijk is. Ik denk tevens aan gezinscoaching. Ook dat is werk op federaal vlak. Ik heb begrepen dat u dit alles ter harte neemt. Wij volgen het dus graag op en misschien komen we er later nog eens op terug.

04.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik kan mij daarbij aansluiten.

Ik vind het vooral heel logisch dat het bij orthodontie niet gaat over de kleine schoonheidsafwijkingen, maar dat wij iets moeten doen voor de grotere afwijkingen. Als het gaat over een veel betere terugbetaling moeten vooral ook de kwetsbare gezinnen daarvoor in aanmerking komen.

Wat de sensibilisering betreft, bent u op federaal niveau bevoegd om huisartsen en kinderartsen daarop attent te maken. U spreekt over het globaal medisch dossier. Dat is één zaak, maar opleiding, navorming en dergelijke lijken mij ter zake ook heel belangrijk.

Tot slot, voor kansarme gezinnen het derde-betalersysteem invoeren is één zaak, maar het grootste probleem is volgens mij dat er zich te veel tandartsen deconventioneren.

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

La **présidente**: Chers collègues, je vous demande de respecter les temps de parole.

05 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Xentari bij de buxusmot" (nr. 18582)

05 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Xentari contre la pyrale du buis" (n° 18582)

05.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, er is heel wat te doen geweest rond de buxusmot, die heel wat buxushagen heeft aangetast.

In de berichtgeving in de pers werd gesteld dat er weinig tot geen bestrijding of preventie mogelijk is, maar in de professionele sector wordt blijkbaar al jaren Turex en Xentari gebruikt. Vooral het laatste middel zou de voorkeur genieten, omdat het selectief rupsen doodt en onschadelijk zou zijn voor andere levende wezens.

Mevrouw de minister, aangezien waarschijnlijk veel mensen daarmee zijn geconfronteerd en zij op zoek zijn gegaan naar middelen, kunt u duidelijkheid verschaffen over de schadelijkheid of onschadelijkheid van Xentari voor de volksgezondheid? Werd dat onderzocht in studies? Wat is daaruit gebleken?

Vindt u het raadzaam en veilig dat mensen Xentari gebruiken bij de buxusmot, zowel voor de preventie als de behandeling?

Het middel zou in België niet vrij te verkrijgen zijn voor particulieren, maar is zonder enig probleem te bestellen via het internet. Bent u van plan om als minister van Volksgezondheid iets te ondernemen om de mensen te waarschuwen voor het gebruik ervan en om de verkoop en het gebruik te vermijden of vindt u dat niet nodig?

Als er niets wordt gedaan, kan het evengoed ook op onze markt vrij te verkrijgen zijn.

05.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, u weet dat voor de bevoegdheid inzake gewasbeschermingsmiddelen een protocol is gesloten tussen mij en de minister van Landbouw. Hij voert dat

uit in overleg met mij. Ik geef het antwoord dus ook namens ons beiden.

De werkzame stof in het gewasbeschermingsmiddel Xentari is de *Bacillus thuringiensis aizawai*, een micro-organisme, een biologisch gewasbeschermingsmiddel.

Zoals voor elke werkzame stof of elk micro-organisme dat als gewasbeschermingsmiddel op de markt wordt gebracht, is er een evaluatie op Europees niveau. De stof werd goedgekeurd op 1 mei 2009. Dat werd nog eens herzien in 2013.

Dit betekent dat gewasbeschermingsmiddelen die deze stof bevatten, toegelaten kunnen worden door de lidstaten, weliswaar na een eigen evaluatie van het gewasbeschermingsmiddel.

Voor de Europese evaluaties werd in studies geëvalueerd wat het effect is op vogels, zoogdieren, waterorganismen, bijen, nuttige insecten, zelfs op regenwormen, en biobodemmicro-organismen.

Een overzichtsrapport van de EFSA is openbaar en kan ook op die website worden teruggevonden. Er werden bij al deze nazichten geen kritieke bezorgdheden vastgesteld.

De stand van zaken met betrekking tot de evaluatie van dit middel is zo: de *Bacillus thuringiensis aizawai* is dus goedgekeurd op Europees niveau en voldoet aan de relevante wetgeving in de verordening 1107/2009. Dat kan alleen als aangetoond is dat er geen onaantoonbare acute of chronische effecten zijn op mens, dier of milieu. Er werd ook vastgesteld dat de blootstelling van consumenten, zij die het middel gebruiken, arbeiders en omstaanders geen reden vormt voor bezorgdheid, maar de nodige voorzorgsmaatregelen moeten natuurlijk wel in acht worden genomen. Dat wil zeggen dat zij beschermende kledij moeten hebben en dat ook de ogen en het gezicht extra moeten worden beschermd om het middel te kunnen gebruiken. Er is een recente wetenschappelijke opinie van de Europese voedselautoriteit EFSA die daarop een nieuw licht heeft geworpen. De Europese Commissie onderzoekt nu met de lidstaten of deze opinie enige impact heeft op de conclusies die in 2013 werden bereikt. Dat onderzoek is echter nog niet afgerond.

Het product is niet toegelaten op de Belgische markt voor particulier gebruik. Daarom mag het ook niet verkocht worden en niet gebruikt worden door wat men amateurgebruikers noemt. Het gaat daarbij dus om de niet-professionele gebruikers. De bevoegde diensten gaan na of een gewasbeschermingsmiddel veilig kan worden gebruikt alvorens ze een toelating afleveren voor een nauwkeurig omschreven toepassing. Ze baseren zich hierbij op de evaluatie van een uitgebreid aanvraagdossier waarin aandacht wordt besteed aan korte- en langetermijneffecten op de volksgezondheid en het leefmilieu van het middel in kwestie. Bij het indienen van een aanvraag moet aangegeven worden of het gaat om een middel voor particulier of professioneel gebruik. Er wordt immers duidelijk een onderscheid gemaakt tussen een evaluatie van een middel voor professioneel gebruik en een middel voor amateurgebruik. Middelen voor particulier gebruik moeten bijvoorbeeld aan strengere eisen voldoen wat de blootstelling van de gebruiker betreft. Om een voorbeeld te geven, middelen die meer dan alleen het dragen van handschoenen vereisen om veilig te kunnen worden toegepast, worden in regel niet toegelaten voor amateurgebruik omdat men ervan uitgaat dat de mensen zich dan toch niet voldoende gaan beschermen omdat zij niet professioneel op de hoogte zijn van de mogelijke gevolgen.

In dit specifiek geval werd er geen aanvraag ingediend voor amateurgebruik in ons land. Er is dus gewoon niet geëvalueerd of het middel veilig gebruikt kan worden door particulieren, maar aangezien voor dit middel aan de professionele gebruiker gevraagd wordt om beschermende kledij te dragen en zowel de ogen als het gezicht te beschermen, zou een aanvraag voor amateurgebruik alleen al omwille van deze eisen niet goedgekeurd worden. We denken dat de firma dit wel weet, anders zou men het wel gedaan hebben.

Via de onlineverkoop tracht men inderdaad de regelgeving in verband met gewasbeschermingsmiddelen te omzeilen. De bevoegde diensten hebben een e-systeem ontwikkeld om controle uit te oefenen op de verkoop van bepaalde producten op bekende internetsites. Ook bij de Europese instanties wordt erop aangedrongen om de onlinehandel op Europees niveau te regelen. Ten slotte bekijkt de administratie of een koninklijk besluit zich opdringt om de verkoop van gewasbeschermingsmiddelen via het internet te regelen.

05.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is duidelijk, dank u.

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

06 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "huistandarts en GTD" (nr. 18598)

06 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dentiste de famille et le DDG" (n° 18598)

06.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Bij de huisarts bestaat er zoiets als een GMD. Nu is er een zeer goede evolutie om ook de apothekers in een dergelijk systeem onder te brengen, met name de huisapotheker, die een GFD beheert.

Is er voor andere sleutelspelers in de eerste lijn, zoals tandartsen, ook zo'n systeem op til? Het zou niet slecht zijn als er een huistandarts zou zijn, die dan een GTD zou beheren voor de patiënt.

Ik heb de discussie over het opvolgen van preventieve tandartsbezoeken niet helemaal kunnen volgen, maar we hebben in dat verband inderdaad nog heel wat werk voor de boeg. Een vaste huistandarts zou daarin zeker ook nuttig werk kunnen verrichten.

Het tweede deel van mijn vraag gaat over de koppeling van incentives aan zo'n globaal dossier. Voor het GMD bestaat dat vandaag al, bijvoorbeeld onder de vorm van een verlaagd remgeld. Er bestaat ook een incentive voor de zorgverlener zelf. Zit dit ook in de pijplijn voor de huisapotheker, bijvoorbeeld? Het zou een extra beloning zijn en het biedt de huisapotheker een manier waarop hij het ook aan de patiënt zou kunnen verkopen en er een voordeel aan zou kunnen koppelen. Ik neem immers aan dat patiënten niet altijd het voordeel inzien van een vaste zorgverlener.

Mijn concrete vraag is dus of zoiets in de pijplijn zit, en zo niet, wat uw standpunt hierover is.

06.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, het invoeren van een globaal tandheelkundig dossier zou inderdaad ook een belangrijk ondersteunend instrument kunnen betekenen bij bepaalde regelingen uit de verzekering voor geneeskundige verzorging. Het punt kwam in die zin ook al aan bod in het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen van 2015-2016, waarbij de invoering van het mondzorgtraject werd gekoppeld aan de introductie van een globaal tandheelkundig dossier waarbij terugbetalingen, bijvoorbeeld, zouden afhangen van de uitvoering van de noodzakelijke behandeling.

Een goed mondzorgbeleid kan immers enkel bewerkstelligd worden indien de problemen die worden vastgesteld tijdens een preventief contact naderhand ook effectief worden behandeld. De invoering van een globaal tandheelkundig dossier kan daarbij een piste zijn.

Persoonlijk ben ik niet tegen het idee van een huistandarts. U maakt de vergelijking met de huisapotheker. Ik denk wel dat er een verschil is tussen het halen van geneesmiddelen op twee of drie verschillende plaatsen, en naar twee of drie verschillende plaatsen gaan voor mondzorg. Mij lijkt een vaste tandarts, iemand waarbij men met zijn ogen toe zijn mond opendoet, toch wel heel belangrijk. Men kan dat de "huistandarts" noemen. Ik denk niet dat men zomaar van tandarts verandert, maar misschien ben ik daarin een rare.

Ik sta wel open voor de huistandarts, voor de toewijzing van het globaal tandheelkundig dossier. Het is een punt dat aan bod zal komen bij de evaluatie van het mondzorgtraject. Dat was een item in het nationaal akkoord tandartsen-ziekenfondsen 2015-2016 en in het nieuwe akkoord is opgenomen dat daarvan een evaluatie zal worden gemaakt.

Daarin kan worden meegenomen wat de meerwaarde daarvan is. De nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen zal een evaluatie maken in de loop van 2017-2018. Daarin kan dat punt eventueel worden meegenomen.

06.03 Yoleen Van Camp (N-VA): En wat de incentives betreft?

06.04 Minister **Maggie De Block**: Die maken daarvan deel uit. Er is een vergoeding voor een GMD bij de artsen, maar dat zal dan ook moeten worden gecijferd. Wij hebben dat oorspronkelijk ingevoerd voor een beperkte groep en daarna uitgebreid.

Er zal moeten worden gesproken over de fasering, maar er zal daaraan wel een prijskaartje hangen. Het is daarom ook goed dat dit in het overlegcomité wordt bekeken.

06.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Wat de huisapotheek betreft, zou men daaraan bepaalde voordelen kunnen koppelen als incentive, zoals het toewijzen van de maximumfactuur of een verlaagd remgeld, zoals vandaag bij huisartsen bestaat.

Als dat budgettair niet haalbaar is, kan daaraan wel een voordeel zoals de maximumfactuur worden gekoppeld.

06.06 Minister Maggie De Block: Het akkoord met de apothekers over de huisapothekers was een budgetneutraal akkoord. Er zijn verschuivingen binnen het budget gebeurd, maar het geheel is een budgetneutraal akkoord. Daar is geen budget bijgekomen voor de apothekers.

Als men in het overlegcomité voorstellen formuleert, zal dat ook liefst met een verschuiving van het budget gepaard moeten gaan. Wij trachten om budgetneutrale akkoorden te sluiten om stijgingen in de kosten te vermijden.

06.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Bijvoorbeeld een koppeling van het MAF-statuut aan het intekenen op een vaste apotheker lijkt mij een budgetneutrale operatie, dus dat zou zeker mogelijk zijn.

06.08 Minister Maggie De Block: De MAF heeft echter een kostprijs.

06.09 Yoleen Van Camp (N-VA): Als de extra voorwaarde ingevoerd zou worden dat mensen bijvoorbeeld een huisapotheker zouden moeten hebben om recht te hebben op de MAF, is dat een operatie die niet meer geld kost. Ofwel komt men in aanmerking voor de MAF, ofwel niet. Men zou gewoon een extra voorwaarde kunnen inbouwen.

La **présidente:** Nous sommes dans le cadre des questions orales. Nous voyons bien les pistes, d'un côté, et les exigences budgétaires, de l'autre.

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

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de Orde der dierenartsen" (nr. 18599)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir de l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 18599)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, bij de Orde der dierenartsen zou het reeds langer aan het rommelen zijn. Dat is ook een beetje de schuld van de zesde 'staatsmisvorming'. Daarbij werd dierenwelzijn overgedragen naar de deelstaten, met een eigen raad. Dan zou het logisch zijn om het federaal overkoepelend orgaan, de Orde, uit te kleden, zodat de deelstaten zelf, in de vorm van de huidige gewestelijke raden, hun werking kunnen uitzetten. Dat is niet gebeurd, met alle problemen van dien.

Mocht men dat federaal overkoepelend orgaan effectief verder uitkleden, dan zouden niet alle problemen maar toch veel problemen die vandaag op het terrein bestaan opgelost zijn. Het is immers geen geheim, het is ook in de pers verschenen, dat het niet altijd botert tussen die gewestelijke raden en het federaal overkoepelend orgaan.

Wat is uw mening hierover als bevoegd minister?

Vindt u ook dat de Orde bediscussieerd zou mogen worden? Ziet u nog een meerwaarde op federaal niveau hiervan? Of kan dat beter door de deelstaten uitgewerkt worden?

Bent u bereid om een werkgroep op te richten om te herbekijken of het mogelijk zou zijn om alleen de gewestelijke raden te behouden? Waarom wel of niet?

Intussen, welke oplossingen ziet u op korte termijn voor de problemen die vandaag rijzen met de gewestelijke raden en de Orde, bijvoorbeeld omtrent de aanstelling na de verkiezingen?

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ook hier ben ik samen met de minister van Landbouw, via een protocol dat de bevoegdheid ter zake regelt, belast met de wetten inzake de diergeneeskunde. Mijn antwoord is dus ook namens minister Borsus.

De zesde staatshervorming voorzag in haar institutioneel akkoord een koepelstructuur per deontologische orde. Dat is het geval voor de Orde der dierenartsen. Die structuur is de Hoge Raad. In uw vraag hebt u het ook over de Raad voor Dierenwelzijn, maar die is op gewestniveau georganiseerd en maakt dus geen deel uit van de Orde der dierenartsen.

Deze laatste is belast met de naleving van de diergeneeskundige plichtenleer, de eer, de eerlijkheid en de waardigheid van de leden van de Orde, in de uitoefening of naar aanleiding van de uitoefening van het beroep en zelfs buiten hun beroepsbedrijvigheid in geval van zware fouten die een weerslag zouden hebben op de eer van het beroep. Het gaat inderdaad om een deontologische code die op nationaal niveau van toepassing is.

De Orde is er ook mee belast om formele adviezen over de diergeneeskundige wetgeving te verlenen, waaronder de wet van 28 augustus 1991 op de uitoefening van de diergeneeskunde.

Het is de vraag of er goede redenen zijn om een verschillende deontologie te hanteren naargelang het landsdeel waarin de dierenarts zijn beroep uitoefent. Het gaat om deontologie. Is die verschillend voor de dieren en voor de beroepsgroep in een ander landsdeel? Is het efficiënter om twee adviezen te moeten vragen voor elk federaal wetgevend initiatief in voorbereiding of kunnen we één advies vragen, zoals nu het geval is? Ik zie niet goed in hoe een regionale autonomie voor de deontologie een meerwaarde zou zijn. Het is ook niet aan mij om daarover te beslissen.

Voor interne problemen die binnen de orde zouden bestaan, verwijs ik naar het persbericht van de Hoge Raad van de Orde der dierenartsen van 11 mei 2017. Daarin kondigt de Hoge Raad aan dat het nodige werd gedaan om de werkzaamheden en de continuïteit te garanderen. Het is niet aan mij om commentaar te geven op procedures die het voorwerp zijn van zaken die bij de Raad van State aanhangig werden gemaakt.

In het persbericht zegt de Hoge Raad dat een aantal mensen op non-actief worden geplaatst om de goede werking en de continuïteit van de instelling van de Orde te waarborgen. De aard en het vooralsnog tijdelijk karakter van de maatregelen laten geen verdere mededeling toe. Ik denk dat daarover nog heel wat zal worden gediscussieerd. Het is gelukkig een tijdelijke maatregel en ik hoop dat er een oplossing wordt gevonden. Ik heb vooralsnog niets te zeggen aan de Orde der arts en – de naamswijziging was al moeilijk genoeg – en zeker niet aan de Orde der dierenartsen, waarop ik weinig invloed uitoefen.

07.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik ben het daar niet mee eens, want als men kijkt naar de huidige praktijk, dan rijst er precies een probleem met de vertegenwoordiging van de twee gewestelijke raden die de grootste beslissingsbevoegdheid zouden moeten hebben. Momenteel is er echter nog steeds dat overkoepelend orgaan waardoor zij mekaar tegenwerken. Het lijkt mij veel efficiënter om ze op te delen naargelang het landsdeel. Dit wil niet zeggen dat er verschillende deontologische codes moeten zijn, maar wel dat er verschillende raden moeten zijn die collega's op hun eigen grondgebied evalueren, zodat er geen discussies meer zijn over vertegenwoordiging, aantal zetels, samenwerking, taalstructuur en alle andere problemen die er vandaag zijn.

Wij verschillen op dat vlak duidelijk van mening.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de screening van de marmerbeenziekte bij zwangerschap" (nr. 18600)**

08 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage de la maladie des os de marbre durant la grossesse" (n° 18600)**

08.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, u hebt op eerdere vragen van mij ter zake toegegeven dat er inderdaad lacunes zijn in het beleid en u hebt, constructief, het initiatief genomen bij de firma om een terugbetalingsdossier op te starten. Ik sta erop om u de erkentelijkheid van de betrokken patiënten kenbaar te maken.

Ik kreeg nog een bijkomende vraag. Behoort een screening naar die aandoening tijdens de zwangerschap tot de mogelijkheden?

08.02 Minister **Maggie De Block**: Het gaat om een zeldzame ziekte met veel gevolgen. Er zijn drie vormen beschreven van de ziekte, waaronder de zogenaamde marmerbeenziekte.

De globale incidentie is moeilijk te schatten, maar de *autosomal recessive malignant osteopetrosis* variant zou bij één op 250 000 geboortes voorkomen. De dominante variant, de ziekte van Albers-Schönberg, zou ongeveer één keer op 20 000 voorkomen.

Mutaties van ten minste tien genen zijn geïdentificeerd en zouden in 70 % van de gevallen aan de basis liggen. Prenatale diagnostiek is in principe mogelijk wanneer de mutaties die de ziekte veroorzaken in de familie zijn geïdentificeerd. Het zou dan al om families moeten gaan waarin er minstens één kind aan één van die aandoeningen lijdt. Die personen kunnen zeker genetisch gescreend worden, wat ik ook aanraad.

Gezien de zeldzaamheid van de aandoening, met name 1 op 250 000 geboortes voor de recessieve vorm en 1 op 20 000 geboortes voor de dominante vorm, en de noodzaak om mutaties in kwestie voor de prenatale onderzoeken te identificeren, lijkt een algemene screening momenteel niet opportuun.

Er bestaat een prioritaire lijst voor screening op het niveau van de Interministeriële Conferentie. In onderhavige kwestie lijkt de incidentie te klein te zijn, net als de kans om ze te ontdekken zonder voorafgaande kennis.

Maar nogmaals, als een dergelijke ziekte zich gemanifesteerd heeft in een familie, dan raden we natuurlijk zeker aan om daarop een gerichte screening te laten uitvoeren.

08.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat is zeer duidelijk, bedankt.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte studenten geneeskunde" (nr. 18604)
- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18631)
- mevrouw **Valerie Van Peel** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 18766)
- mevrouw **Monica De Coninck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte bij studenten geneeskunde" (nr. 18970)
- de heer **Raoul Hedebouw** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dubbele cohorte" (nr. 19092)

09 **Questions jointes de**

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte d'étudiants en médecine" (n° 18604)
- Mme **Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18631)
- Mme **Valerie Van Peel** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 18766)
- Mme **Monica De Coninck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte chez les étudiants en médecine" (n° 18970)
- M. **Raoul Hedebouw** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la double cohorte" (n° 19092)

09.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, nous sommes déjà au mois de juin. Et, en mars, nous avons déjà débattu en commission de la question de la double cohorte, dont l'enjeu est évidemment crucial dès 2018 et pour les six années qui vont suivre. L'enjeu est triple:

- un volume disponible de stages suffisant pour garantir un stage à tous les médecins qui sont diplômés, que ce soit en médecine générale ou et qui commencent leur spécialisation;

- le maintien de la qualité de la formation professionnelle car c'est évidemment la qualité des soins de santé;
- le financement adéquat car vous savez comme moi que les hôpitaux sont dans une situation extrêmement difficile.

Vous aviez, à ce moment-là, rappelé qu'il y avait des possibilités d'orienter vers les spécialisations où il y avait plus de stages, voire des carences, d'augmenter le nombre d'étudiants, à 4 notamment pour la médecine générale, de créer un régime transitoire dans l'arrêté au niveau des critères d'agrément des médecins généralistes pour assouplir un peu les choses, de réduire le temps de travail à 48 heures durant la formation, de limiter le flux des médecins étrangers, et d'autres mesures qui sont peut-être moins de nature à influencer positivement pour garantir cette place. À l'époque, vous n'aviez pas répondu à ma question concernant le financement.

Le 18 mai 2017, plusieurs interlocuteurs et acteurs fondamentaux des soins de santé, tant au Nord qu'au Sud du pays, ont à nouveau tiré la sonnette d'alarme. C'est vrai qu'il est moins une car la majorité des jeunes médecins devront choisir leur endroit de stage et déterminer leur spécialisation dès 2017. Nous sommes maintenant le nez sur le guidon et à quelques mois de choix importants.

Ils vous ont entre autres appelée à investir dans des stages de formation de qualité, à donner une formation complète des généralistes qu'ils ne veulent pas voir réduire à deux ans et demi, comme vous l'avez proposé. Ils demandent la suppression des sous-numéros INAMI "000" appelés à créer des sous-catégories de médecins et à générer une médecine à deux vitesses. Enfin, ils rappellent combien l'investissement, y compris les moyens financiers, dans la qualité des formations est évidemment existentiel. Il vaut parfois mieux investir dans la formation des médecins que dans des appareillages coûteux et qui ne permettront pas toujours nécessairement un diagnostic, alors même que la clinique ou l'anamnèse permettent de faire les choses de manière plus pointue ou d'éviter, en tout cas, la multiplication d'examen complémentaires.

Madame la ministre, quand nous avons eu, l'autre jour, des auditions d'acteurs ici, à la Chambre, ils nous ont dit que vous leur aviez dit – même si vous n'aviez pas répondu en mars sur le volet du financement – que ce serait zéro euro.

Je voudrais évidemment faire le point avec vous. Vous savez que les hôpitaux sont dans l'incapacité de dégager des moyens supplémentaires, compte tenu de toutes les économies qui leur ont été imposées. Autrement, les craintes en matière de perte notamment de personnel infirmier seraient importantes, et on risquerait aussi de perdre des emplois et de la qualité pour les patients.

Comment et, surtout, quelles sont les étapes encore à franchir, puisqu'il manque encore entre 1 000 et 1 200 places pour en garantir une à chaque médecin? Enfin, dans quelle période, selon quel timing ces jeunes auront-ils des garanties claires et précises afin qu'ils puissent, dans les tout prochains mois, prendre leur décision sur la spécialisation et les endroits de stage?

09.02 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, enige tijd geleden verspreidde het Vlaams Geneeskundig StudentenOverleg een persbericht met betrekking tot de dubbele cohorte dat ook werd onderschreven door andere studentenverenigingen, artsenorganisaties en universiteiten.

De basis van hun vraag is bekend. Volgend academiejaar beëindigen de studenten die deel uitmaken van de dubbele cohorte hun basisopleiding. We weten dat die dubbele cohorte een aantal problemen met zich meebrengt. We hebben het daarover hier al regelmatig gehad.

Het persbericht haalt vier kwesties aan: het tekort aan kwalitatieve opleidingsplaatsen, de mogelijke inkorting van de huisartsenopleiding van 3 tot 2,5 jaar en de 000-RIZIV-nummers en de financiering.

Eind maart zei u in antwoord op mijn vraag dat er inzake het aantal stageplaatsen aan Vlaamse zijde nog 300 plaatsen te kort zijn. Aan Franstalige zijde zijn dat er 900. Dat aantal ligt natuurlijk hoger omdat men elk jaar veel te veel kandidaat-artsen tot de opleiding heeft toegelaten.

Een aantal wettelijke bepalingen werd versoepeld om de erkenning van stageplaatsen te vergemakkelijken, zei u toen. U zei ook dat u al heel wat contacten had gehad en overleg had gepleegd met de studenten, de universiteiten en beroepsfederaties, maar u gaf ook aan dat nog heel wat knopen moesten worden doorgemaakt en dat er nog wel wat werk op de plank ligt.

Het voorzien in voldoende kwaliteitsvolle opleidingsplaatsen is geen eenvoudige, maar wel een heel belangrijke oefening. Welke vorderingen zijn er op dit vlak nog gemaakt? Welke zaken liggen nog in het vooruitzicht?

Over de huisartsenopleiding gaf u eerder aan dat u in principe ook voor het behoud van de 3 jaar durende opleiding was, maar dat verscheidene elementen in het voordeel van de inkorting naar 2,5 jaar als overgangsmaatregel zouden pleiten. Wat is de stand van zaken? Wanneer neemt u een definitieve beslissing?

Wat de 000-RIZIV-nummers betreft, een regeling die nog door uw voorganger op het laatste moment is getroffen, deel ik de bezorgdheid van de studenten. Ik meen dat die regeling onvoldoende duidelijk is. Hoe staat u hier tegenover? Bent u van plan om hieraan aanpassingen aan te brengen?

Over de bijkomende financiering van 10 miljoen euro zei u vorige keer dat er in de Medicomut geen overeenstemming was bereikt over de verdeling van deze middelen. Wat is hier de stand van zaken? Wat gaat u ondernemen ingeval er geen overeenstemming wordt bereikt? Zult u nog verdere maatregelen met betrekking tot de financiering nemen?

09.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, ik stel vast dat drie van de vijf vraagstellers afwezig zijn, maar goed. Vorige keer was dat ook het geval. Ik veronderstel dat ik er dan ook van mag uitgaan dat de afwezigen in een volgende sessie hun vragen nog zullen stellen.

Voor het antwoord neem ik dan ook het omstandig antwoord op de interpellatie die op 26 april in deze commissie is gehouden mee in de bijlage.

Er is sedertdien effectief nog intens overleg gepleegd met de Hoge Raad. Ook de studenten worden daarbij betrokken, zoals ik ook gevraagd had. Ik betreur dat de faculteiten geneeskunde tot nu toe nog niet allemaal hun gegevens hebben meegedeeld over de beschikbare stagecapaciteit. Ook de decanen weten immers al zes jaar of langer dat de dubbele cohorte er aankomt. Mijn diensten werken op basis van projecties van een zogenaamde stock van gediplomeerden die een stage zullen aanvatten, maar het zou goed zijn mochten we de precieze cijfers hebben. De reglementaire context, met name de regels voor de erkenning van stagediensten en stagemeesters, wordt op een kwalitatief verantwoorde wijze aangepast, zodat meer en tijdelijke capaciteit gecreëerd kan worden. Nogmaals, het aantal plaatsen is belangrijk, maar ook de kwaliteit van de vorming is zeer belangrijk en vormt een grote bezorgdheid.

Lors de la commission du 26 avril, j'ai expliqué, dans ma réponse, de quelle manière nous souhaitons résoudre le problème. Mais soyons honnêtes, ce dossier n'a pas du tout été anticipé par mes prédécesseurs, et je me débrouille donc avec les moyens du bord. Je me permets, en outre, de vous signaler qu'un simple financement ne résoudra pas le problème. Ce ne sera pas suffisant, mais je n'ai jamais dit que ce serait zéro. Qui a dit cela?

Ik heb hier in de commissie reeds gezegd dat er al 10 miljoen beschikbaar was. Hiervoor is echter nog niks uitgewerkt. Die 10 miljoen staat te blinken, laten we dus eerst daarmee iets doen. Daarna kunnen we bekijken wat de verdere noden zijn. Ik ging er al vanuit dat het iets zou kosten.

Één van de problemen is echter dat het aantal studenten gedurende vijf à zes jaar driemaal hoger ligt aan Franstalige kant dan aan Nederlandstalige kant. Dat betekent dat het gemakkelijk zal zijn, mits een aantal maatregelen, om een oplossing te vinden en de dubbele cohorte te absorberen aan Nederlandstalige kant. Het zal echter veel moeilijker zijn, en meer maatregelen vragen, om dit ook aan Franstalige kant te absorberen. We willen namelijk niet aan de kwaliteit van de opleiding inboeten. Het is dus in feite een zeer moeilijk probleem.

Ik heb in mijn antwoord dan ook gezegd dat er zal moeten samengewerkt worden. Om het probleem aan te pakken, zal er enige solidariteit nodig zijn tussen de erkende artsen en de artsen in opleiding. De studenten zijn constant, via het kabinet, bij ons ontvangen. De decanen werden natuurlijk ook, voor diverse problematieken, onthaald. Er is tevens een goede samenwerking binnen de diensten van het RIZIV. Het is niet eenvoudig, maar we gaan stap voor stap vooruit. Goede wil, aan alle kanten, zal echter nodig zijn.

Ik benadruk, gebaseerd op een nuchtere analyse, dat er, alleen omwille van het aantal studenten, grotere problemen zullen zijn aan Franstalige kant. Dat veroorzaakt spanningen. Er is sprake van een

spanningsveld, onder andere door de uitzondering waarin werd voorzien voor de huisartsen en die momenteel stopt. Dit houdt in dat ook de huisartsen zes maanden stage moeten lopen in gespecialiseerde diensten in ziekenhuizen. Ik vind dat op zich goed, alleen vrees ik dat de huisartsen in opleiding in concurrentie zullen komen met de specialisten in opleiding.

Dan moet u zich eens in de plaats stellen van een stagemeeester: een student aanvaarden voor een of twee jaar of investeren in de opleiding van een student voor zes maanden. Ik denk dat er dan toch wel een zware concurrentie zal zijn voor de huisartsen. Specialisten zullen redeneren dat men daar niet zes maanden hun plaats moet komen innemen. We weten ook dat het intensief is, het is een *side by side*-opleiding. Men kan geen afbreuk doen aan de kwaliteit door zomaar het aantal studenten per stageplaats te verdubbelen. Men kan geen stageplaatsen zomaar uit de lucht toveren. Het zijn dus intensieve besprekingen.

Men zal oplossingen aanreiken van alle kanten, wij doen daar meer dan een inspanning voor. Alleen de kwaliteit is belangrijk. Dat het iets zal kosten, is zeker. Alleen moeten we ervoor zorgen dat het een aanvaardbaar bedrag is en dat de kwaliteit van de opleidingen wordt gevrijwaard. Het laatste woord is daarover natuurlijk nog niet gezegd. Er heerst ook bezorgdheid bij de studentenvertegenwoordigers, die nog werden ontvangen einde april. Er is een grotere bezorgdheid aan Franstalige kant omdat daar nu de kwestie van het aantal benodigde plaatsen accuter begint door te dringen dan in Vlaanderen. Ik denk dat het nog beheersbaar zal zijn, maar we moeten natuurlijk voor de twee landsdelen, voor alle studenten, een oplossing vinden. Ik nodig iedereen uit die een oplossing kan aanreiken, om ze ons mee te delen.

09.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous dites que ce dossier n'a pas été suffisamment anticipé; c'est vrai. Chaque fois, je vais revoir ce que j'ai dit quand on a voté la loi. J'ai dit qu'on aurait mieux fait de construire d'abord tout ce qui était faisable, compte tenu de ces doubles sorties qui se maintiennent pendant six ans. En même temps, vous êtes là depuis trois ans et on peut aussi, à un moment donné, assumer pleinement et prendre des décisions pour arriver à des solutions.

09.05 Maggie De Block, ministre: (...)

09.06 Catherine Fonck (cdH): Ce n'est pas assez. Il en manque 1 200.

Sur le financement, les 10 millions sont-ils suffisants? Je n'en sais rien. Ce que je constate, c'est que vous avez un communiqué commun – ce qui n'arrive pas tous les jours – des organisations francophones et néerlandophones des étudiants en médecine, de tous les syndicats, des doyens et recteurs de toutes les universités du pays. Le premier message qu'ils font passer est effectivement qu'on n'y arrivera pas si on ne décide pas clairement de mettre des moyens suffisants. En médecine, on ne doit pas faire des applications. Ce n'est pas Google qui va permettre un diagnostic. Toutes les applications du monde n'y suffiront pas. Pour avoir des places de stages, il faut des médecins qui acceptent d'être maîtres de stage, des hôpitaux qui puissent financer les assistants, des médecins généralistes qui doivent pouvoir payer leur assistant en médecine générale.

Sur la médecine générale, ils ont raison de dire qu'il faut maintenir les trois ans. Par contre, sur les six mois de stage en hôpital, je vous rejoins. Il va y avoir une concurrence entre la spécialisation hospitalière et les six mois des médecins généralistes. Je crois qu'il y a d'autres pistes dans une médecine de terrain qui, hors de l'exercice de la médecine générale ou en institution hospitalière, peut être réalisée dans différents secteurs. Pour quelques mois, il y a là une poche dans laquelle on pourrait trouver un moyen de régler ce problème de six ans, mais en maintenant les stages de trois ans.

Pour ce qui concerne les francophones, je vous rappelle quand même qu'en matière de démographie médicale, la pyramide des âges et le vieillissement des médecins du côté francophone sont à ce point problématiques que tous les médecins qui sont aujourd'hui en formation seront indispensables.

Je conclus en vous appelant véritablement, madame la ministre, à donner un coup d'accélérateur dans ce dossier avec l'ensemble des acteurs. Votre responsabilité, c'est de garantir des stages de qualité pour tous les médecins. Si vous changez les modalités de travail, en vous mettant autour de la table avec tous les acteurs de la santé concernés pour véritablement avancer, plutôt que dans un jeu de ping-pong, on pourrait progresser plus rapidement. Maintenant, il est minuit moins une!

09.07 Valerie Van Peel (N-VA): Mevrouw de minister, u zegt terecht dat er ook in het verleden wat te weinig gebeurd is. Het komt nu echter wel heel dichtbij en ik vrees dat we toch concreter moeten worden.

Het gaat immers over onze artsen van morgen, dus er zijn wel concrete antwoorden nodig.

U hebt al wel stappen gezet, zoals ik in mijn vraagstelling al zei. In een vorige vergadering hebt u daarop zeer omstandig geantwoord. Ik deel echter wel de ongerustheid.

In uw antwoord hoor ik ook wel – die informatie is niet nieuw voor mij – dat het probleem zich vooral aan Franstalige kant situeert, aangezien er daar gewoonweg een teveel aan studenten is tout court. Ik deel dienaangaande niet de mening van collega Fonck.

Het zal een pak meer geld kosten. Daarover heb ik in een vorige vergadering al vragen gesteld. Ik zou namelijk graag hebben dat de 10 miljoen euro op een eerlijke manier verdeeld wordt, en niet op basis van de onkunde en het non-beleid van de Franse gemeenschapsregeringen van de afgelopen twintig jaar. Misschien moet u dus toch eens in dialoog treden met de Franse gemeenschapsregering met de vraag of zij een deel van de kosten zelf kan ophoesten. Het gaat om extra kosten, doordat de Franse gemeenschapsregering twintig jaar lang geweigerd heeft om een ingangsexamen in te voeren. Ik weet alleen nog niet goed met wie u daarover moet gaan praten. Misschien kan mevrouw Fonck dat voor u binnenkort oplossen. Ik denk dat u dat gesprek misschien toch eens moet aangaan.

Ik zou de volgende zaken niet willen zien gebeuren. Ten eerste wil ik niet dat die 10 miljoen euro wordt verdeeld op basis van de feiten in plaats van op basis van de juiste criteria, gewoon de bevolkingsaantallen. Ten tweede, in een vorige vergadering werd er ook gediscussieerd over de stageplaatsen en ik wil niet zien gebeuren dat de Vlaamse stageplaatsen te vaak zouden worden ingevuld door Franstalige studenten, waardoor er hier weer tekorten zouden ontstaan.

Ik hoop dus toch dat daarover binnen afzienbare tijd meer duidelijkheid komt en ik wens u veel succes met uw interministerieel overleg daarover.

La **présidente**: Des réponses sont à apporter. Espérons que les consultations en cours y parviendront.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Questions jointes de

- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada dans le cadre de la prévention contre le VIH" (n° 18721)
- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 18745)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du Truvada" (n° 19091)
- Mme Renate Hufkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la PrEP pour les HSH" (n° 19160)

10 Samengevoegde vragen van

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada in het kader van de hiv-preventie" (nr. 18721)
- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 18745)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Truvada" (nr. 19091)
- mevrouw Renate Hufkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "PrEP voor MSM" (nr. 19160)

10.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le 1^{er} juin, l'antirétroviral Truvada est remboursé aux personnes exposées à un risque élevé de contamination au VIH, essentiellement aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et aux personnes venant d'Afrique subsaharienne.

Il s'agit là d'une excellente initiative que mon groupe et moi-même ne pouvons que saluer. Nous avons d'ailleurs déposé une proposition de résolution en ce sens.

Madame la ministre, il apparaît que pour pouvoir bénéficier du remboursement de ce traitement, il faudra

une évaluation réalisée par un médecin spécialiste attaché à un Centre de référence sida ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI. Pouvez-vous nous en spécifier les critères et conditions?

Il semble que l'autorisation de remboursement sera valable douze mois maximum. Cette période pourra-t-elle être prolongée plusieurs fois?

La presse relayait un budget d'un million d'euros débloqué pour cette mesure. Confirmez-vous ce montant?

Selon les analyses que vous n'avez certainement pas manqué de réaliser, de combien de patients cette somme devrait-elle permettre de couvrir les besoins et durant combien de temps?

Enfin, ce remboursement pourra-t-il être étendu à l'avenir à d'autres groupes à risque tels que les utilisateurs de drogue par voie injectable?

10.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, mijn vragen gaan in dezelfde richting. Daags voor de Pride maakte u bekend dat het RIZIV de aidsremmer Truvada ook zal terugbetalen aan wie niet besmet is met hiv. Tot nu toe was dat alleen het geval voor mensen die besmet zijn. Ik wil even benadrukken dat ik dat bijzonder goed nieuws vind, want vele mensen zullen inderdaad op die manier een besmetting kunnen voorkomen.

Welk exact budget trekt u hiervoor uit? Hoeveel mensen zullen daarmee behandeld kunnen worden? Hoeveel kost een behandeling per patiënt? Aan welke voorwaarden moet men precies voldoen om in aanmerking te komen voor een terugbetaling?

Een van die voorwaarden vond ik op de website van het RIZIV. Er staat een tabel met risicofactoren op de website van het RIZIV, die een terugbetaling toelaten. Een van die voorwaarden is dan dat men onbeschermd seks moet hebben. Ik vroeg mij af of mensen die meestal beschermd seks hebben, dan niet in aanmerking komen en op welke manier men de triage maakt.

10.03 Minister Maggie De Block: Ik zal een wat langere uitleg geven, omdat het belangrijk is om de precieze beslissing toe te lichten; op andere vragen zal ik heel kort antwoorden.

Inderdaad wordt vanaf 1 juli 2017 Truvada tevens voor preventief gebruik terugbetaald. De terugbetaling is gekoppeld aan strikte voorwaarden. Er is enkel een terugbetaling voor personen die een hoog risico lopen op een hiv-besmetting. Dat risico moet natuurlijk ingeschat worden door een arts, vooraleer er een terugbetaling kan zijn. De terugbetaling van PrEP wordt ook gekoppeld aan een gepaste omkadering in een aidsrefertiecentrum. Op die manier krijgen de mensen zeker de juiste medische opvolging en begeleiding.

De strikte voorwaarden waarvan sprake, zijn de volgende:

De patiënt is niet geïnfecteerd met hiv, maar loopt een verhoogd risico op de infectie. Een verhoogd risico houdt in, voor mannen die seksueel contact hebben met mannen, dat er, ten eerste, een onbeschermd seksueel contact is geweest met minstens twee partners in de laatste zes maanden of dat ze een multipole seksueel overdraagbare aandoening hebben gehad gedurende het laatste jaar en/of ze meerdere keren PrEP nodig hebben gehad.

Een andere voorwaarde is dat zij psychoactieve substanties hebben gebruikt tijdens het seksueel contact.

Andere hoogrisicopersonen zijn *people who inject drugs*, die naalden delen – dat was ook een vraag van de heer Senesaël in zijn resolutie –, personen die in de prostitutie worden blootgesteld aan onbeschermd seks, personen die in het algemeen worden blootgesteld aan onbeschermd seks met een hoog risico op hiv-infectie, partners van hiv-positieve patiënten zonder virale suppressie, dus dat wil zeggen zij die nog niet onder behandeling staan of waar nog geen virale suppressie is met een adequate behandeling.

Il ne faut pas perdre de vue que la prise de Truvada en PrEP s'accompagne de possibles et importants effets secondaires. C'est pourquoi le fait d'instaurer un tel traitement ne peut se faire qu'après un dialogue entre le médecin et le patient, qui évalueront ensemble le rapport bénéfice/risque du traitement prophylactique.

Le remboursement du Truvada dans cette nouvelle indication comporte un certain nombre d'incertitudes parmi lesquelles le nombre de personnes qui seront considérées comme à risque et la proportion de cette population à risque qui sera effectivement traitée à titre préventif. La durée d'un traitement PrEP est aussi difficile à évaluer à ce jour, tout comme son efficacité liée à une prise régulière du traitement.

C'est en raison de ces incertitudes liées à l'utilisation de cet antirétroviral en PrEP qu'il a été décidé de conditionner le remboursement à la prescription de ce médicament par un médecin lié aux Centres de référence sida ayant conclu une convention de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI. Ils sont au nombre de onze à ce jour.

Ainsi, il est garanti que les patients recevront un suivi médical et un accompagnement corrects. Cette limitation du remboursement a également comme but d'optimiser l'enregistrement des données de suivi dans un registre avant de lever les incertitudes citées ci-dessus.

De voorschrijvende arts verbindt er zich namelijk toe aan de registratie van opvolggegevens deel te nemen en dus de patiënt driemaandelijks op te volgen, ook inzake andere mogelijke seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals syfilis, gonorrhoe, chlamydia en hepatitis C.

De voorschrijvende arts richt ook een terugbetalingsaanvraag aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

De geldigheidsduur van de machtiging bedraagt twaalf maanden.

C'était aussi votre question, monsieur Senesael. À la fin des douze mois, la demande peut être renouvelée pour douze mois supplémentaires.

De communicatie over de uitbreiding van de terugbetaling van Truvada verloopt hoofdzakelijk via de aidsreferentiecentra en het RIZIV. Sensoa, la Plate-Forme Prévention Sida, Ex Æquo, alsook andere belangenverenigingen van de LGBTI-gemeenschap, zoals Çavaria en Arc-en-ciel, zetten zich sterk in voor de communicatie over de maatregel, die zij enthousiast hebben onthaald. Bovendien is het belangrijk dat daarop ingespeeld wordt via de financiering van bewustmakingscampagnes in het kader van de gezondheidspreventie, die echter een bevoegdheid van de deelstaten is.

Dat hiv-remmers nu ook preventief genomen kunnen worden, heeft een budgettaire impact.

Les volumes d'utilisation du Truvada dans la PrEP n'étant pas encore connus, l'incidence budgétaire précise du financement de cette nouvelle indication est difficile à chiffrer. Je peux néanmoins vous informer du coût actuel pour un mois de traitement. Le prix public d'une boîte de 30 comprimés de Truvada étant de 527 euros, le traitement d'un mois d'un assuré ordinaire coûtera 515 euros à l'INAMI et 11,90 euros au patient. Pour un bénéficiaire de l'intervention majorée, il en coûtera 519 euros à l'INAMI et 7,90 euros au patient. Par ailleurs, il est prévu que ces coûts soient revus à la baisse suite à l'arrivée sur le marché des génériques du Truvada, qui sont annoncés dans quelques mois.

Je peux également vous communiquer les estimations effectuées par la firme responsable de la commercialisation du Truvada quant au nombre de patients qui pourraient avoir recours à la PrEP dans les prochaines années. Sur base de l'utilisation de la PrEP dans d'autres pays, la firme a estimé, pour la Belgique, le nombre de patients à 526 pour les derniers mois de 2017, à 1 052 en 2018 et à 1 578 en 2019.

De budgettaire impact voor 2017 is geschat op 1 miljoen euro voor vijfhonderd patiënten, waarbij reeds rekening wordt gehouden met de kostendaling en met het feit dat men een aantal andere infecties vermijdt.

In 2023 zal dat budget toenemen.

En 2023, ce montant passera à 6 millions d'euros maximum, pour 2 600 patients. Cela nous permettra d'éviter des infections.

Daarbij zouden ook duizend infecties vermeden kunnen worden in dat jaar.

Naast de menselijke factor en het feit dat men een infectie moet vermijden als men kan, gelet op alle daarmee gepaard gaande persoonlijke en maatschappelijk ellende, weegt de budgettaire impact niet op

tegen de vermindering van de kosten ten gevolge van een hiv-besmetting. Bijvoorbeeld, de kostprijs voor de behandeling van de 18 infecties die in 2017 zouden kunnen worden vermeden, bedraagt 2,6 miljoen euro. Voor 2023 zou men meer dan duizend infecties kunnen vermijden en dus een kostprijs van 157 miljoen voor de behandeling van dat aantal besmette personen. Dan spreken we nog niet van de persoonlijke ellende.

Er is afgesproken dat er een evaluatie zal plaatsvinden na 36 maanden. Op dat moment zullen we ook over de nodige gegevens beschikken, die via het register werden verzameld, en zullen we ook meer gegevens hebben over het aantal verpakkingen die verkocht werden binnen de indicatie PrEP. Truvada wordt namelijk ook als behandeling gebruikt. We moeten dus het aantal verpakkingen kennen dat verkocht werd bij de indicatie preventieve behandeling tijdens de eerste drie jaar van terugbetaling.

10.04 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vais rester très modeste et très humble. Je ne vais pas dire que la question était intéressante, mais la réponse était très instructive. D'abord, elle nous a permis d'être vraiment informés des critères et des conditions bien précises qui sont et seront d'application. Deuxièmement, il est important pour les patients concernés de savoir que la période de douze mois peut être reconduite en fonction des critères que vous avez déterminés, que les budgets qui sont débloqués ne le sont pas seulement pour une année, mais jusqu'à l'horizon 2023, et que vous avez, de surcroît, prévu, par projection, les coûts évolutifs ainsi que les aides à apporter.

Madame la ministre, je voudrais donc vous remercier pour avoir mis en évidence les aspects financiers, les aspects logistiques, mais surtout, aussi, les aspects humains. En effet, au-delà de la maladie et des soins à apporter aux malades, il y a l'accompagnement, la prévention et la prise en compte des groupes à risques concernés. Parmi ces derniers, il n'y a pas que les groupes "sexuels", il y a aussi les groupes d'utilisateurs de drogue par voie injectable, auxquels vous avez fait référence, et qui sont pris en considération.

La problématique dans son ensemble a donc bien été cernée, me semble-t-il.

Ce n'est pas toujours le cas mais, personnellement, je vous félicite et je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à cette question.

10.05 Karin Jiroflée (sp.a): Ik kan mij daar eigenlijk alleen maar bij aansluiten, mevrouw de minister. Ik ben ook verheugd over die evolutie.

Ik dank u ook voor het uitgebreide antwoord, waardoor wij nu heel goed weten op welke manier alles verloopt. Ik ben ook vooral verheugd over de nauwe opvolging door de aidsreferentiecentra en door de artsen. Dat zal de situatie op persoonlijk vlak zeker ten goede komen.

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

11 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. 19211)

11 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° 19211)

11.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de invoering van het elektronisch voorschrift kende een moeizame start. De programma's stonden duidelijk nog niet op punt bij de invoering. Ondertussen zouden de meeste kinderziekten wel uit de programma's gehaald zijn en zou het elektronisch voorschrijven goed verlopen, met grote aantallen.

Voor papieren voorschriften was het steeds zo en is het nog steeds zo dat de geldigheid voor de terugbetaling drie maanden is. Zal dat hetzelfde blijven voor de elektronische voorschriften? Het zou wel een voordeel en een extra stimulans zijn voor zowel de zorgverlener als de patiënt als de geldigheid van het elektronisch voorschrift verlengd zou worden. Wat is hierover uw standpunt?

Waarom is de termijn nu drie maanden? Dit levert in de praktijk soms moeilijkheden op met voorschriften die pas later opgehaald kunnen worden. In principe kunnen die wel op een latere datum ingeschreven worden, maar ik heb begrepen van zorgverleners op het terrein dat lang niet alle softwarepakketten dat toelaten.

Ik heb eens in een schriftelijke vraag opgevraagd hoeveel attesten voor terugbetaling in het algemeen te laat of nooit worden ingediend en u had daar geen gegevens van. Zal dat met het elektronisch voorschrift wel het geval zijn? Het lijkt mij niet onbelangrijk om dat te kunnen opvolgen.

11.02 Catherine Fonck (cdH): Il est clair que la prescription électronique offre des avantages. Mais sa mise en œuvre peut poser problème pour les médecins généralistes de plus de 55/60 ans et pour les prescripteurs occasionnels. Vous aviez dit, il y a quelques mois, que vous mettriez à disposition une solution permettant à ces prescripteurs de maintenir la prescription papier. Où en est-on aujourd'hui?

Je prends un exemple extrêmement illustratif des conséquences que cela peut avoir, notamment en provoquant de départs à la retraite prématurés dans des régions en difficulté. Dans ma région, dans le secteur de garde de Boudour, Sirault, Neufmaison, Hautrage et Villerot, en dix ans, sur 26 médecins généralistes actifs, 10 ont cessé leur pratique dont 5 cette année. Sur les 16 restants, 8 ont plus de 55 ans et 5 plus de 60 ans. On peut déjà conclure qu'il ne restera plus que 11 médecins généralistes dans cinq ans. Un seul va venir comme assistant. La situation est donc compliquée. Avec l'annonce de la prescription obligatoire électronique, certains ont décidé de ne pas arrêter comme ils l'avaient prévu dans un délai de 5 ans, mais plus tôt s'il n'y avait pas d'alternative.

Je voudrais mettre une proposition sur la table. Tout en gardant le cap de la prescription électronique, il faudrait prévoir un régime transitoire de maintien de la prescription papier, de sorte que cette transition concorde avec le délai prévu pour le dossier médical informatisé qui est prévu pour le 1^{er} janvier 2021. Cela permettrait d'éviter que plusieurs centaines de médecins quittent prématurément la médecine générale. Cela permettrait aussi de rassurer les prescripteurs occasionnels. Pour vous, c'est une bonne occasion de redonner confiance aux médecins généralistes. Vous savez combien ils sont au cœur de la première ligne de soins et de l'organisation des soins de santé.

11.03 Minister Maggie De Block: Voor de klassieke papieren voorschriften en de elektronische voorschriften gelden op dit moment dezelfde regels met betrekking tot de geldigheid.

Tijdens de laatste Recipe-stuurgroep, georganiseerd door het RIZIV, gingen de leden van de stuurgroep akkoord met het voorstel dat een gemeente werkgroep van juristen van het RIZIV en het FAGG een concreet voorstel zullen uitwerken om voor een voorschrift ook een langere geldigheidsduur vast te leggen.

Tegelijkertijd zal in dit voorstel ook een kader worden uitgewerkt dat het onderscheid moet maken in geldigheidsduur voor voorschriften tussen terugbetaalde en niet-terugbetaalde geneesmiddelen. Dit voorstel wordt tijdens de zomermaanden uitgewerkt.

Ook voor elektronische voorschriften zal het niet mogelijk zijn om de gegevens te leveren over het aantal voorschriften dat niet werd opgehaald, dat wil zeggen, het aantal geneesmiddelen dat afgeleverd wordt voordat een voorschrift werd opgesteld, aangezien deze gegevens niet kunnen worden afgeleid uit de gegevens die beschikbaar zijn in het tarifieringscircuit. Ze zijn niet betaald, dus ze zijn niet afgeleverd. De gegevens die wij krijgen zijn de gegevens van de geneesmiddelen, via Farmanet, die betaald zijn, die afgeleverd zijn. Daar zitten wij met hetzelfde probleem.

En ce qui concerne les questions de Mme Fonck, l'INAMI mettra à disposition une solution qui permettra aux prescripteurs sporadiques de rédiger des ordonnances électroniques de manière sécurisée. Il s'agira d'une application internet qui sera accessible via la plate-forme e-Health à tout dispensateur de soins ayant le droit de prescrire des médicaments, c'est-à-dire les médecins généralistes, les spécialistes, les dentistes et les sages-femmes. Les analyses et le développement sont en cours. Une phase de test en situation réelle, préalable à la mise en place effective, est prévue afin que des utilisateurs potentiels vérifient si la solution mise au point est efficace et en vue d'optimiser son fonctionnement. L'entrée en vigueur est prévue pour l'automne 2017.

Quant à votre question sur les conditions dans lesquelles l'exception de la prescription papier restera possible, je ne puis que répéter qu'elle sera toujours valable pour les situations d'urgence ou dans le cas où

le patient doit obtenir son médicament et où le prescripteur est dans l'impossibilité de rédiger l'ordonnance électronique. Dès lors, je n'envisage pas encore de date pour mettre un terme à cette option.

Pour les médecins âgés qui, comme vous le dites, exercent encore dans certaines zones et n'ont pas envie de s'initier à cette méthode, je reste ouverte à la recherche d'une solution. Nous sommes en train d'y réfléchir. Toutefois, cela ne visera pas tous les médecins. Nous n'allons pas accorder cette facilité à ceux qui ont vingt-cinq ans, par exemple. Cela dit, je comprends les réticences de certains qui sont, au demeurant, de bons médecins, attentifs à leurs patients. Ils ont parfois adopté le software, mais sans effectuer les mises à jour nécessaires qui leur sont demandées.

Men moet af en toe een update doen, net zoals bij de computer. Soms is dat inderdaad vervelend en doen mensen dat niet. Ik heb dat deze week op mijn computer op het kabinet gedaan en ik heb nu een heel andere schikking van mijn mails, de sjablonen zijn anders enzovoort. Dat was eerst ook wat vervelend. Ik wilde terug naar het vorige omdat ik daarmee sneller kon werken, maar dat gaat niet meer.

Ik ben ook al 55-plus, mevrouw Fonck.

Je suis très sensible à cette tranche d'âge. Après 55 ans, on va vers 60 ans !

11.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik vind het heel fijn dat er bekeken wordt of de geldigheidsduur al dan niet kan verlengd worden. Ik denk dat het ook een zekere besparing kan teweegbrengen. Zo kan iemand die bijvoorbeeld een rappel nodig heeft voor bepaalde vaccinaties, zoals tegen hepatitis B, het voorschrift gewoon bij de huisarts krijgen. Op die manier hoeft er geen extra consultatie gekoppeld worden aan zaken waarbij dat niet strikt noodzakelijk is. Ik vind het echter vreemd dat het onmogelijk zal blijven om dit na te gaan. Volgens mijn bedenkingen kunnen er twee databases zijn, namelijk één voor voorschriften en één voor opgehaalde voorschriften. Een match tussen deze twee databases zou mogelijk moeten zijn. Het lijkt, wat mij betreft, niet oninteressant om op te volgen wat werd voorgeschreven en niet opgehaald. Hierin verschillen we misschien van mening.

11.05 Catherine Fonck (cdH): Merci, madame la ministre. Quand on fait un changement, comme ici avec le basculement à la prescription électronique, il faut l'accompagner. Dans l'accompagnement au changement, il y a le volet des applications, et c'est une bonne chose. Ceci étant, je me permets de rappeler combien les charges administratives sont importantes, même si c'est par voie électronique. La prescription papier reste valable pour les situations d'urgence, je le sais. Mais vous avez bien compris que je souhaitais que cela aille plus loin, notamment pour les médecins âgés et les prescripteurs occasionnels.

Je vous ai souvent ennuyée avec ce sujet et je n'en suis pas mécontente car, pour la première fois, je sens une réelle ouverture dans votre réponse. Vous êtes d'accord pour envisager une solution pour les médecins âgés, à savoir leur permettre de garder cette possibilité jusqu'à la concordance avec le dossier médical informatique, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2021. Cela permettrait aux médecins âgés de ne pas s'enfuir et je peux vous assurer que nous avons besoin de les garder, singulièrement dans certaines régions. Je vous en ai donné un exemple tout à l'heure.

En conclusion, je dirai que mes propositions de transition adaptée et d'accompagnement ne sont pas de la résistance au changement, mais du pragmatisme. Pour en faire une réussite totale, nous avons besoin de pragmatisme et d'adaptation au changement. C'est ainsi que, demain, on pourra avoir une prescription électronique, mais surtout le maintien des médecins généralistes, même ceux qui auront un problème à s'adapter, compte tenu de leur âge. Je vous en remercie. J'ose espérer que nous aurons un acte et une décision finale.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisapotheek en het gedeeld farmaceutisch dossier" (nr. 18762)

12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pharmacie familiale et le dossier pharmaceutique partagé" (n° 18762)

12.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, eigenlijk kwam dit onderwerp daarnet in de vorige vraag aan bod, maar een en ander is mij toch niet helemaal duidelijk.

Mevrouw de minister, u zei dat het een budgetneutrale operatie moest zijn en dat lijkt mij in het voorstel ook zo te zijn. Ik zal dit nog even hernemen.

Het gaat dus over de huisapotheek, die er in eerste instantie ook zou komen voor mensen met het statuut chronische aandoening. Dit zou voor hen een heel grote meerwaarde vormen, zowel inzake opvolging, educatie, het opvolgen van therapietrouw, het opstellen van betrouwbare medicatieschema's enzovoort. Het zal de kwaliteit van de zorg verhogen, en dit voor hetzelfde budget of zelfs minder.

Het is ook een vraag van de apothekers zelf. Zij hebben terecht de opmerking gemaakt dat er bij een GMD ook een voordeel is voor de patiënten zelf, bijvoorbeeld in de vorm van een verlaagd remgeld. De vraag is, zij het budgetneutraal, of zoiets ook niet kan worden ingevoerd voor het GFD? Men kan, bijvoorbeeld, bij het toekennen van een statuut chronische aandoening als extra voorwaarde vermelden dat de patiënt zich moet inschrijven bij een huisapotheek. Of men kan een koppeling maken aan de maximumfactuur.

Wat is uw standpunt? Voor een verlaagd remgeldtarief is mij dat al duidelijk, maar misschien kunt u ook ingaan op de andere voorstellen.

12.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, in het meerjarenkader voor de patiënt met de officina-apothekers werd niet voorzien in een incentive voor de patiënt bij het aanduiden van een huisapotheeker. Wij zijn ervan overtuigd dat de huisapotheekers niet zullen nalaten om initiatieven te nemen die hun patiënten overtuigen van het nut om voor hen als vaste huisapotheeker te kiezen.

De invulling van de rol als huisapotheeker en de vergoeding ervan zitten ook in een werkgroep van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen. Daar wordt dus momenteel in een uitwerking voorzien. Indien zij dat nodig vindt, kan zij vrijblijvende aanbevelingen voorstellen inzake incentives voor de patiënten. Ik acht het niet onmogelijk dat die er komen, maar dat zit in de werkgroep van de Overeenkomstencommissie. Dat is in uitvoering van het meerjarenpact met de apothekers, maar het zit ook in het overleg van de werkgroep van de Overeenkomstencommissie.

12.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik zal het zo doorgeven en vragen dat men het zeker daar te berde brengt.

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

13 **Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les obstacles financiers au don vivant d'organes" (n° 18816)**

13 **Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiële hinderpalen voor levende donatie van organen" (nr. 18816)**

13.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je me suis beaucoup investie sur ce sujet non seulement en politique mais déjà bien avant pour ce qui concernait mes patients. Cela fait plusieurs années que j'ai déposé différents textes et que je me mobilise au sujet du don vivant d'organes. Aujourd'hui, compte tenu de la diminution de disponibilité d'organes de personnes décédées, il faut avancer et lever les obstacles au don vivant d'organes.

Le 2 juillet 2015 a été adopté un projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé dont un des articles octroie au Roi la possibilité de supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux donneurs vivants d'organes. En novembre 2016, vous avez publié un communiqué de presse intitulé "Presque plus de frais médicaux pour les donneurs d'organes vivants". Il me semble qu'il est nécessaire de faire le point puisque vous aviez prévu toute une série de dispositions.

De plus, j'aimerais savoir ce qu'il en est des frais médicaux liés au bilan pré-donneur d'organes puisqu'il est à charge de ces personnes. Intégrerez-vous ces frais dans l'arrêté royal à venir? Il faut aussi penser à éliminer l'obstacle financier mais il en persiste d'autres, comme l'arrêt du travail, ce qui engendre une perte financière, pour ne prendre que cet exemple. Ces étapes sont indispensables si l'on veut, demain, avoir un nombre de donneurs vivants plus important et pouvoir greffer des patients qui restent de nombreux mois voire des années sur des listes d'attente de greffe.

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, comme signalé auparavant, cet arrêté royal constitue une première étape dans la levée des obstacles financiers aux dons vivants d'organes et n'intègre pas les frais médicaux liés à la phase pré-donation dont les raisons sont juridiques, techniques et pratiques auxquelles il faut trouver des solutions. Cette première étape est cependant la plus importante puisque la mesure consiste en la suppression du ticket modérateur pour les phases de donation et de suivi représentant près de 90 % des montants des tickets modérateurs actuellement à charge du donneur vivant.

Elle doit entrer en vigueur le 1^{er} août 2017. De plus, une mesure transitoire est prévue pour les bénéficiaires ayant donné un organe en vue d'une transplantation avant son entrée en vigueur.

Les étapes suivantes traiteront du dédommagement des frais encourus lors de la phase de pré-donation. Une étude pilote a été réalisée en 2011 par le professeur Kesteloot suivant laquelle ce dédommagement pourrait être de l'ordre de 200 euros. Il en irait de même pour des frais directs non médicaux et d'éventuelles pertes de revenus liées au don.

Je répète que, pour ma part, le dédommagement des donneurs vivants doit se rapprocher le plus possible du modèle de compensation des frais engendrés, tout en tenant compte des difficultés techniques inhérentes à notre système de santé.

Une solution a été trouvée pour 90 % des coûts. Nous allons essayer d'en trouver une pour les 10 % restants, mais les obstacles sont réels.

13.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, merci. Vous annoncez l'arrêté royal pour le 1^{er} août 2017 et vous dites qu'il y a une mesure transitoire prévoyant une rétroactivité pour ceux qui ont été transplantés avant son entrée en vigueur. Mais jusque quand? Pour 2017 ou plus loin dans le temps?

13.04 Maggie De Block, ministre: Je dois vérifier car cela fait trop longtemps que je l'ai vu passer.

13.05 Catherine Fonck (cdH): Serait-ce abuser si je vous demande de m'envoyer un petit mail de manière à ce que je puisse prévenir les équipes de transplantation? Je vous remercie pour cette information.

Par ailleurs, je voudrais revenir sur les 90 % des coûts dont vous dites qu'ils sont pris en charge. Cela concerne uniquement les personnes qui seront retenues comme effectives et pouvant donner un organe. Vous savez aussi bien que moi que dans tout le bilan pré-don d'organe, un certain nombre de personnes ne seront pas retenues en raison d'une incompatibilité ou d'une contre-indication en raison d'un problème de santé.

Pour les personnes qui ne sont pas retenues, votre arrêté royal ne prévoit aucune prise en charge financière. Or la première étape du bilan antérieur au don est capitale. En effet, dès que la procédure est lancée, l'état d'esprit est souvent positif. Le frein initial est constitué par l'appréhension du bilan, qui rend nécessaire une hospitalisation et donc la soumission à des examens. Cela représente un budget élevé.

C'est pourquoi je me permets d'insister sur ce point auprès de vous. À cet égard, je vous remercie au nom des patients qui restent inscrits longtemps sur les listes d'attente de greffe.

La **présidente**: Nous y reviendrons lors de l'examen des propositions de loi et de résolution qui sont prévues à cet effet.

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

14 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fraude in de gezondheidszorg" (nr. 18811)

14 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fraude dans le secteur des soins de santé" (n° 18811)

14.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, bij een onderzoek door het RIZIV kwam onlangs aan het licht dat zorgverstrekkers, dokters, verpleegkundigen en ziekenhuizen in 2016 voor net geen 5,3 miljoen hebben gefraudeerd door bewust te veel aan te rekenen voor bepaalde behandelingen, zoals nachttarieven

voor een consultatie overdag of voor verzorgingen die niet eens gebeurd zijn.

Mij lijkt die fraude symptomatisch voor de organisatie van onze gezondheidszorg, die volgens ons te veel prestatiegericht en te weinig patiëntgericht gebeurt. Ik denk trouwens dat ik u vorig jaar een gelijkaardige vraag heb gesteld. Het RIZIV brengt die cijfers namelijk op regelmatige basis naar buiten.

Mevrouw de minister, ik ben er samen met mijn fractie van overtuigd dat we moeten denken aan de invoering van een meer forfaitair systeem in plaats van onze doorgedreven prestatiegeneeskunde. Dat geeft meer tariefzekerheid en zou ook de fraude gevoelig kunnen verminderen. Zo'n systeem kan geneeskunde zowel voor het individu als voor de sociale zekerheid goedkoper maken. Wat is uw standpunt daarover?

Denkt u er naar aanleiding van de nieuwe cijfers aan om meer mensen en middelen in te zetten om de fraude te bestrijden? Zo ja, welke maatregelen hebt u in gedachten?

14.02 Minister **Maggie De Block**: Het klopt dat volgens de cijfers van het RIZIV voor om en bij 5 miljoen euro werd gefraudeerd door zorgverstrekkers. Dat wil ook zeggen dat heel veel zorgverstrekkers zich correct gedragen. Dat moet toch ook gezegd worden. Vijf miljoen op het totale bedrag dat omgaat in de zorgverstrekking blijft 5 miljoen en elke euro is er een te veel. Ik denk echter dat dit niet een van de domeinen is waarin het meeste wordt gefoefeld.

U zegt dat er veel voordelen zijn aan een forfaitaire financiering. Het doelmatig en doordacht inzetten van een forfaitaire financiering van de geneeskundige verstrekkingen kan inderdaad een mogelijk antwoord zijn op bepaalde vormen van oneigenlijk gebruik en misbruik.

Er zijn in de voorbije jaren reeds uitgebreide acties geweest, ook op het vlak van de financiering van de ziekenhuizen. Denken we maar aan het geneesmiddelenforfait voor gehospitaliseerde patiënten en aan een forfait voor medische beeldvorming of klinische biologie.

Vanaf 1 juli 2018 zal een toekomstgerichte financiering van bepaalde laagvariabele ziekenhuisverblijven worden ingevoerd waarvoor een standaardprocedure nodig is. Die procedure is bijna dezelfde voor de patiënten als voor de ziekenhuizen en ze vereist een standaardproces van zorg dat weinig verschilt tussen patiënten en ziekenhuizen.

De redenen die leiden tot de keuze voor een forfaitaire financiering, houden vooral verband met de administratieve vereenvoudiging, de beheersing van het budget en de transparantie ten opzichte van de patiënt. Patiënten klagen er inderdaad vaak over dat ze niet weten waarvoor verscheidene posten op hun factuur precies werden aangerekend.

Er zijn evenwel ook nadelen verbonden aan de forfaitaire financiering. Een heeft onder andere te maken met risicoselectie. Men zou in een ziekenhuis kunnen beslissen om geen nieuwe heup te plaatsen, omdat er sprake is van te veel comorbiditeit. Een forfaitaire financiering mag zeker niet leiden tot risicoselectie; ze is geen wondermiddel, maar kan wel doelgericht worden ingezet.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle bij het RIZIV is al jaren bezig met de opsporing van fraude en onnodige uitgaven in de gezondheidszorg. De recent gepubliceerde bijdragen liggen in lijn met de resultaten van de voorbije jaren.

Op mijn initiatief is in 2016 een actieplan ontwikkeld met 35 concrete projecten voor fraudebestrijding of – voorkoming. Het gaat hier over het Plan Handhaving in de Gezondheidszorg 2016-2017. Bij het RIZIV is men momenteel bezig met de implementatie van dat plan.

De uitvoering wordt van dichtbij opgevolgd. Er is ook een evaluatie van de impact van het plan.

Belangrijk daarbij is dat ook het voorschrijfgedrag wordt bekeken. Wij hebben bijvoorbeeld zorgverstrekkers gevonden die heel veel prestaties leverden in de thuisverpleegkunde, de zogenaamde *outliers* of uitzonderingen, die zodanig veel prestaties leveren dat wij ons kunnen afvragen of zij lang genoeg bij de patiënt thuis zijn en ook of zij 36 uur in plaats van 24 uur in een dag hebben. Daar werden gerichte onderzoeken naar gedaan en de betrokkenen hebben de uitgekeerde sommen moeten terugbetalen.

Op die lijn gaan wij door. Er zijn zorgverstrekkers die goed werken. Zij hoeven niet bang te zijn. Er zijn er zo

heel veel. Daarover zijn wij het allebei eens. Wie echter een loopje met de zaken neemt, inventief omspringt met overheidsgeld en ervoor zorgt dat overheidsgeld hem of haar ten goede komt, zonder dat daartegenover de nodige prestaties bij de patiënten of genoeg kwaliteitsvolle prestaties staan, zullen wij overal uit het systeem halen.

14.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik sluit mij helemaal bij uw woorden aan, namelijk dat de grote meerderheid van de zorgverstrekkers zich, gelukkig maar, correct gedraagt.

Ik ben blij te horen dat u bezig bent met een handhavingsbeleid in de gezondheidszorg, dat u aan het implementeren bent. Wij zullen zeker de resultaten daarvan opvolgen.

U hebt inderdaad al een aantal zorgverstrekkingen forfaitair gemaakt. Wij zijn van mening dat het systeem nog verder kan worden doorgedreven.

Ook dat zullen wij opvolgen. Ik ben ook blij te horen dat men voor zijn of haar verantwoordelijkheid zal worden geplaatst.

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

La **présidente**: Mme Fonck propose d'attendre M. Frédéric pour ce qui concerne le point 15 de l'agenda, à savoir le remboursement des immunoglobulines. La question n° 18858 de Mme Katrin Jadin est transformée en question écrite.

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 18860)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het moratorium op de wijkgezondheidscentra" (nr. 19035)
- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen op wijkgezondheidscentra" (nr. 19090)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het wijkgezondheidscentrum De Piramide in Menen" (nr. 19123)

15 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 18860)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le moratoire sur les maisons médicales" (n° 19035)
- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le secteur des maisons médicales" (n° 19090)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maison médicale 'De Piramide' à Menin" (n° 19123)

15.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb een heel korte vraag. Een aantal maanden geleden hebt u een moratorium aangekondigd voor de wijkgezondheidscentra, waarbij een audit zou plaatsvinden. Hierbij vraag ik naar de stand van zaken. Is de audit reeds toegekend? Wat zal de inhoud zijn en welke aspecten worden onder de loep genomen? Over welke periode zal de audit lopen? Hoe zit het met het moratorium dat op 30 juni zou aflopen? Is dat nog steeds zo? Of zullen de aanvragen opnieuw worden behandeld vanaf 1 juli? Ik dank u.

15.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijn vraag concentreerde zich meer op het probleem van het wijkgezondheidscentrum in Menen, waar de erkenning heel lang bleef aanslepen en niet duidelijk was. Ik heb begrepen dat ondertussen de erkenning goedgekeurd en ondertekend is. Deze vraag vervalt dus, maar uiteraard luister ik met veel aandacht naar het antwoord op de vragen van andere collega's, die meer in het algemeen gaan over het moratorium.

15.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question est effectivement plus générale. Je n'ai jamais considéré qu'il fallait un moratoire pour pouvoir réaliser l'audit que vous avez demandé et portant sur l'adéquation des modes de répartition des subventions forfaitaires par rapport aux besoins et aux dépenses réelles dans les maisons médicales. Ce moratoire doit durer jusqu'au 30 juin de cette année.

Selon mes informations, l'attribution du marché public pour la réalisation de cet audit n'a été officialisée que le 24 mai.

Madame la ministre, pourquoi un tel retard dans l'attribution de ce marché public qui était déjà prévu en novembre 2016? Vous en parliez dans l'élaboration du budget 2017. Pouvez-vous nous garantir que le moratoire sera bien levé le 30 juin?

Il serait intéressant d'avoir des informations sur le cahier des charges, c'est-à-dire le contenu de cet audit, et la méthode qui a été utilisée pour réaliser cet audit. Nous sommes le 21 juin, il est peut-être terminé.

15.04 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega's, de tekst van de auditopdracht werd voorgelegd aan het Algemeen beheerscomité van het RIZIV op 22 mei en aan het Verzekeringscomité op 29 mei.

Inmiddels is de audit effectief opgestart. De auditerende instantie, het RIZIV en mijn beleidscel hebben hard gewerkt om de opstartfase te realiseren. De oplevering van het eindrapport is gepland ten laatste in november 2017.

Wat het wijkgezondheidscentrum Menen betreft, er is een onderzoek gebeurd. Er is overleg geweest met het wijkgezondheidscentrum en ook een noodzakelijk overleg met de andere zorgverstrekkers daar. Dat was echt nodig. Het rapport heeft dat aangetoond.

Ik heb gezegd: als daarvoor een draagvlak bestaat en als daarover overlegd is met de andere zorgverstrekkers en er geen halve oorlog tussen dokters, verpleegsters en kinesisten uitbreekt, dan is dat goed voor mij. Dat is dus ook al van start gegaan en die mensen zijn daarvan op de hoogte.

Wat het moratorium betreft, herinner ik u nogmaals aan de notificatie van de beslissing van de regering van 20 oktober 2016. Er staat: "In afwachting van de resultaten van de audit worden geen dossiers voor medische huizen goedgekeurd en wordt het budget bevroren. Binnen het beschikbare budget kunnen evenwel nieuwe aanvragen met datum van inwerkingtreding vanaf 1 januari worden goedgekeurd, voor zover het dossier bij het RIZIV was ingediend vóór 8 oktober 2016."

Het gaat dus om alle aanvragen die zijn gebeurd vóór 8 oktober 2016 en die aan de voorwaarden voldoen. Menen voldeed niet aan de voorwaarden, maar er zijn verdere gesprekken geweest. Het is altijd de aanvraag die telt. De aanvraag viel onder deze notificatie en dan kan Menen ook de goedkeuring krijgen, maar wij zitten met een notificatie die verwijst naar het budget.

We hebben nu pas de voorlopige cijfers van het Monitoringcomité en het Verzekeringscomité. Daarover is zeker nog niet het laatste woord gezegd.

Wat het *cahier de charge* betreft, mevrouw de voorzitter, denk ik dat het analoog is met dat voor de audit van de wachtposten: ik denk aan de aard van de kwaliteit van de verzorging, de continuïteit van de verzorging, de kostenefficiëntie van de wachtposten, de financiële stromen van het RIZIV die daarmee gepaard gaan enzovoort. Ik heb de lijst niet bij me, maar ik denk dat het een audit is zoals die voor de wachtposten. Die is zeer nuttig gebleken.

Ik ben de eerste die de vertraging betreurt. Die is er gekomen omdat de administratie te lang heeft gewacht om de opdracht voor de audit uit te schrijven en toe te wijzen. Eens we daarop hebben gewezen, is er medewerking geweest. Ik zit niet aan het bureau of naast de mensen van de administratie. De beslissing dateert van 20 oktober 2016. Men had daar inderdaad sneller aan kunnen doorwerken. Als de audit sneller was besteld, dan hadden we hem sneller gehad. Ik ben de eerste die dat betreurt, maar ik heb daar zelf niets over te zeggen. Ik weet niet of het opzettelijk is geweest en men had verwacht dat de beslissing zou vergeten worden. Er was een notificatie van de beslissing en ik ben iemand die alles uitvoert.

15.05 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ook ik betreurt de vertraging bijzonder. U weet dat ik in de huidige fase de audit absoluut niet nodig achtte. Ik noteer evenwel dat wij in november 2017 de resultaten zullen zien.

Ik wil er niettemin even aan herinneren – dit is de reden waarom ik het in de huidige fase niet nodig achtte – dat experts bij een eerdere doorlichting al heel duidelijk hebben aangegeven dat bij de

wijkgezondheidscentra de kwaliteit meestal hoog is en dat ze met een goedkopere zorg voor de patiënt en een goedkopere sociale zekerheid samengaat.

Wij volgen het dossier in ieder geval op.

15.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord.

Het probleem van de oplevering in november 2017 heeft, zoals ik al heb opgemerkt, als nefast gevolg dat een aantal wijkgezondheidscentra die een goedkeuring hadden, die nog in de pijplijn zitten en nu onder het moratorium vallen, op geld van bepaalde provinciebesturen konden rekenen, maar dat geld is nu hoogstwaarschijnlijk helemaal verloren. Nochtans is dat geld voor hun infrastructuur heel belangrijk. Wanneer er in november 2017 een oplevering komt, kan ik mij immers niet voorstellen dat de wijkgezondheidscentra die in de pijplijn zitten en in dat geval verkeren, in december 2017 nog zullen worden goedgekeurd.

15.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'entends que vous regrettez ce retard énorme. Toutefois, les regrets ne suffisent pas. Comme je l'indiquais dans ma question, c'était prévu pour octobre dernier. L'outil devant servir à cet audit n'a été avalisé qu'à la fin mai.

Je vais relire nos échanges lors des débats budgétaires, mais j'en ai retenu que le moratoire - période pendant laquelle l'audit devait être réalisé - devait s'arrêter à la fin du mois de juin. Or vous nous répondez que, tant qu'il y aura audit, il y aura gel. Cela signifie que le moratoire s'étendra sur toute cette année.

15.08 Maggie De Block, ministre: Non, c'est votre interprétation. Je répète la notification.

In afwachting van de resultaten van de audit worden geen dossiers voor medische huizen goedgekeurd én wordt het budget bevroren, maar binnen het beschikbare budget...

Un budget était encore disponible.

Binnen het beschikbare budget konden er nog wel nieuwe aanvragen met datum van inwerkingtreding vanaf 1 januari 2017 worden goedgekeurd. Dat wil zeggen dat men eigenlijk, ondanks het feit dat de audit niet was afgerond, toch nog aanvragen kon goedkeuren voor zover zij tijdig waren ingediend en er nog een beschikbaar budget was.

15.09 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, comment voulez-vous que les acteurs de terrain s'y retrouvent? Quand on rencontre les fédérations des maisons médicales, on se rend compte qu'elles n'ont pas cette information.

15.10 Maggie De Block, ministre: C'est une notification. Tout le monde a cela.

15.11 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Non, je regrette! Si vous interrogez l'ensemble des parlementaires et les acteurs de terrain, il y a effectivement un moratoire. Il y a le traitement des demandes en ordre avant le 8 octobre. Il y a la date du 30 juin et les nouvelles demandes. Ici, vous ouvrez une porte en disant qu'en fonction des disponibilités budgétaires, de nouvelles demandes peuvent éventuellement être traitées.

Les questions parlementaires servent aussi à diffuser les informations.

Mais, quelque part, il n'est pas correct non plus que les fédérations ou les maisons médicales n'aient pas plus d'informations. Elles connaissent uniquement la date à laquelle le cahier des charges ou l'audit ont été officialisés et ne savent pas ce qui va se passer pour la suite.

Cette date du 30 juin pour le moratoire figure dans nos échanges. Or vous dites qu'il reste peut-être des fonds ou des marges budgétaires. Cela veut-il dire que le gel s'arrêtera le 30 juin et que, dès lors, de nouveaux dossiers peuvent être autorisés, même si l'audit n'est pas fini? Ou bien, comptez-vous, à part quelques exceptions, poursuivre le moratoire jusqu'à la publication des résultats de cet audit, auquel cas on se retrouvera alors fin 2017?

Je trouve aussi qu'il faudrait rendre publique la manière dont les items sont réalisés, de manière à ce qu'on sache, ainsi que les acteurs, exactement sur quoi ça porte.

Pour ce qui concerne les postes de garde, dans votre réponse de la semaine dernière, vous nous disiez avoir consulté les postes de garde et qu'ensuite, les autres organisations de médecins, par exemple, qui souhaitaient donner des informations ou des avis, l'ont fait sans qu'on le leur ait demandé. On ne les a pas consultés. Je pense dès lors qu'en l'occurrence, il serait positif de rendre cela public pour que les différents acteurs soient au courant et puissent éventuellement aussi réagir au travail qui se fait.

15.12 **Maggie De Block**, ministre: Ce n'est pas nous qui réalisons l'audit.

15.13 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Oui, mais la manière d'utiliser l'outil et le fait de le rendre public font partie des exigences que vous pouvez avoir pour l'audit que vous commandez.

15.14 **Maggie De Block**, ministre: Cela devait passer devant le Comité de gestion de l'INAMI et le Comité de l'assurance.

Wij hebben daar een regeringscommissaris. Het zijn de zorgverstrekkers, de ziekenfondsen die daar zitten.

15.15 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Mais c'est vous qui le demandez.

15.16 **Maggie De Block**, ministre: Oui! Je dois gérer le budget et je trouve qu'un montant de 18 millions est anormal. Il y a une étude de 2008...

Dat is een eeuwigheid geleden. Achttien miljoen euro waarvoor geen verantwoording moet worden gegeven, ik vind dat geen goed bestuur.

15.17 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Tout le monde était d'accord sur une demande d'audit! Un audit, pour être bien fait, doit se construire collectivement. Il faut être d'accord sur l'outil et sur la méthode avant de se mettre au travail.

Vous avez ajouté un moratoire et nous sommes en retard, ce qui pose problème s'il n'y a pas de transparence et de diffusion des informations.

15.18 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Ik wil opmerken dat wij hier wel heel ver buiten de structuur van vragen en antwoorden aan het gaan zijn. Dit lijkt meer op een gedachtewisseling. Wij kunnen dat misschien behandelen in de daarvoor voorziene commissievergaderingen.

15.19 **Muriel Gerken** (Ecolo-Groen): Pas plus que pour certaines questions précédentes.

Ce n'est pas parce qu'une question vous déplaît qu'elle doit être considérée comme plus longue!

15.20 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dat is nog nooit een criterium geweest, maar er is in een vijftal minuten voorzien voor de vragen en het is zeker ongepast om daarop als voorzitter te blijven ingaan, zeker als u andere leden erop wijst dat er één repliek mogelijk is en dat in opvolgingsvragen nog altijd dieper op het onderwerp kan worden ingegaan. De inhoud van de vragen heeft daar helemaal niets mee te maken.

15.21 **Minister Maggie De Block**: Ik kom terug, mevrouw de voorzitter. Sommigen zeggen dat ze terugkomen, maar doen dat niet. Ik kom terug.

De **voorzitter**: Ja, wij wachten op u.

Objectivement, madame Van Camp, le traitement de cette question-ci n'a pas été beaucoup plus long que celui d'autres qui ont été posées cet après-midi.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Questions jointes de

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le changement des conditions de remboursement pour les médicaments de la classe des immunoglobulines**

humaines et normales" (n° 18835)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conditions de remboursement des immunoglobulines" (n° 18932)

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les immunoglobulines" (n° 19374)

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gewijzigde vergoedingsvoorwaarden voor de geneesmiddelen die tot de klasse van de normale menselijke immunoglobulinen behoren" (nr. 18835)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de voorwaarden voor de terugbetaling van immunoglobulinen" (nr. 18932)

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "immunoglobulinen" (nr. 19374)

16.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, si je reviens vers vous, c'est parce qu'il y a des éléments nouveaux et complémentaires. Je vous avais déjà interpellée. J'avais d'ailleurs fait voter une motion avec une proposition alternative en mai dernier, puisqu'en avril, décision avait été prise de supprimer le remboursement des immunoglobulines pour le syndrome d'immunodéficience acquise, les autres syndromes d'immunodéficience pouvant toujours en bénéficier, notamment les syndromes d'immunodéficience soit primaire, soit acquise dans le cadre de l'administration de certains types de médicaments.

À ce moment-là, j'avais plaidé pour que les patients qui, aujourd'hui, sont déjà sous traitement, alors même qu'ils ont ce syndrome d'immunodéficience acquise dont vous excluez la poursuite de l'autorisation de remboursement des médicaments, puissent, sur base du dossier individuel, en lien avec le médecin conseil et un médecin du Belgian Primary Immunodeficiency Group (BPIG), poursuivre leur traitement, mais sur base d'une autorisation.

Deux éléments me semblent importants. Le premier, c'est que certains de ces patients qui n'ont plus droit au remboursement, alors qu'ils sont traités parfois depuis plusieurs années, sont allés voir leurs médecins spécialistes référents dont certains sont membres du BPIG. Ces médecins du BPIG qui les suivent leur ont annoncé non seulement que le médecin ne sera plus remboursé, mais ils leur ont aussi confirmé que pour leur cas particulier, il n'y avait pas d'alternative.

Ces patients sont donc confrontés à un arrêt du remboursement de ce traitement. Je vous rappelle que ce sont des coûts excessivement élevés. Pour ceux qui n'en ont pas les moyens - la majorité d'entre eux -, ils sont donc confrontés à l'arrêt pur et simple du traitement avec, à la clé, un nombre de complications infectieuses non négligeable à venir et donc de nouvelles hospitalisations très vraisemblables.

Par ailleurs, vous nous aviez justifié ce changement de conditions de remboursement sur base d'une augmentation importante du budget. Il était, en 2007, de 31 millions d'euros et il est passé à 79 millions d'euros en 2016. Je vous en avais demandé les raisons. Vous ne m'aviez pas répondu.

Entre-temps, je redépose cette question avec deux objectifs. Le premier, c'est de nous éclairer sur l'évolution et le pourquoi de cette augmentation du budget. Ce n'est pas à la légère que ce traitement est donné puisque c'est un traitement lourd en intraveineuse ou en sous-cutané. C'est lourd pour les patients.

Par ailleurs, je me permets, compte tenu de ce retour des médecins du BPIG, de revenir vers vous pour redemander une mesure particulière pour les patients qui, aujourd'hui, sont déjà traités et qui, sur base individuelle de l'examen de leur dossier, pourraient bénéficier, si c'est justifié, de l'autorisation et du maintien de l'autorisation de remboursement.

16.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom ook graag terug op dit dossier, zij het niet aangaande de bijstelling van de terugbetalingsvoorwaarden. Daarop hebt u bij een vorige vraag al zeer klaar en duidelijk geantwoord, met de wetenschappelijke bevindingen waarop de bijstelling van de terugbetalingsvoorwaarden is gebaseerd. De organisatie waarnaar de vorige spreker ook verwijst, staat daar trouwens volledig achter. Zij vinden immers ook dat mensen recht hebben op een behandeling die volgens de wetenschappelijke richtlijnen de beste voor hen is.

Ik wil wel graag terugkomen op de communicatie. Die hebben wij uitgebreid aangeklaagd. Het blijkt uit de

vele mails die ik ontvang dat dit nog steeds een werkpunt is. Het maakt mij niet uit wie welke rol daarin speelt of zou moeten spelen en het niet doet, maar ik vind het wel belangrijk dat mensen de juiste informatie krijgen.

Ik weet dat u het zich als minister en voormalig huisarts ook enorm aantrekt, maar bent u bereid om nogmaals een uitdrukkelijke communicatie te verzorgen voor de behandelend artsen, met de nadrukkelijke vraag om hun patiënten correct te informeren en door te verwijzen? Op het terrein vernemen wij dat sommige behandelend artsen hun patiënten niet doorverwijzen naar zo'n BPIDG-arts, maar gewoon zelf de behandeling uitvoeren omdat zij ervan uitgaan dat de patiënt toch niet meer in aanmerking komt. Dat maakt mensen ongerust. Het zou dus voor iedereen beter zijn dat de patiënten worden doorverwezen om te weten of het wetenschappelijk gezien verantwoord is dat zij de behandeling al dan niet krijgen.

Ik kom tot de personen die vandaag worden behandeld en uiteindelijk van hun arts te horen krijgen dat de behandeling toch niet voor hen aangewezen is volgens de wetenschappelijke richtlijnen, en voortaan dus niet langer terugbetaald zal worden. Kunt u ons wat hen betreft duidelijk zeggen hoe het precies zit met de behandelingen die zij al hebben gehad, met name vóór oktober 2017 of voordat zij bij die arts zijn beland? Worden deze al dan niet terugbetaald?

Wij hebben het ook gehad over de mogelijkheid om tijdig een afspraak te maken. Ik nam zelf ook eens de proef op de som en in sommige centra is er inderdaad helemaal geen wachttijd en kan men heel vlot, zelfs nog in augustus, terecht voor een afspraak. Bij sommige andere centra is de eerst mogelijke afspraak pas in november. Is het dan de bedoeling dat mensen honderden kilometers gaan rijden? Dat lijkt mij niet echt wenselijk. Kan er voor die personen in een uitzondering worden voorzien? Of kan de termijn herzien worden, zodat iedereen bij de dichtstbijzijnde BPIDG-arts terecht kan?

Ik heb ook nog een praktische vraag die patiënten stellen. Klopt het dat de aanvraag voor terugbetaling van immunoglobulines enkel en alleen via de ziekenhuisapotheek dient te gebeuren? Klopt het dat de patiënt geen schriftelijke bevestiging ontvangt van de goedkeuring tot terugbetaling en dat dus het BPIDG-attest zelf kan worden beschouwd als een geldig garantiebewijs? Kunt u ervoor zorgen dat de geldigheidstermijn uitdrukkelijk wordt vermeld of blijft die gelden? Uiteindelijk kan een diagnose van primaire immuundeficiëntie uiteraard niet wijzigen.

Ik heb ook een vraag over het verloop. Hoeveel patiënten lijden aan de ziekte? Hoeveel patiënten werden al doorgestuurd en hebben al een bezoek kunnen brengen aan een gespecialiseerde arts? Hebt u er zicht op hoeveel patiënten voordien de behandeling kregen, maar ze voortaan niet meer zullen krijgen?

Kunt u verzekeren dat voor iedereen, ongeacht primaire of secundaire immuundeficiëntie, de terugbetaling voor een behandeling met immunoglobulinen gegarandeerd is tot het einde van de terugbetalingsperiode? Er zijn immers patiënten die momenteel nog een goedkeuring hebben lopen tot bijvoorbeeld november 2017 of zelfs januari 2018. Kunt u de opdracht geven aan de artsen om hun patiënten schriftelijk in te lichten tot hoelang hun huidige goedkeuring voor terugbetaling loopt?

Kunt u de opdracht geven aan het RIZIV om duidelijke instructies te geven aan de ziekenfondsen of is dat al gebeurd? Ik heb communicaties gezien van mensen met hun ziekenfonds, waarbij zij totaal geen informatie kregen en er telkens werd verwezen naar het RIZIV. De ziekenfondsen zijn met veel zaken bezig waarmee zij zich beter niet zouden bezighouden. Een echte taak vind ik net de informatieverstrekking; vandaar vraag ik om ze voldoende te informeren, zodat zij op hun beurt de patiënt kunnen informeren.

16.03 Maggie De Block, ministre: Chères collègues, avant la révision par groupe en 2013, chaque spécialité des immunoglobulines normales avait son paragraphe du chapitre 4 et ses conditions de remboursement, incluant toutes les indications remboursant la spécialité. Pour la période précédant le 1^{er} janvier 2014, il est donc impossible de distinguer l'utilisation par indication remboursable.

Lors de la révision par groupe en 2013, la logique de la législation européenne de l'enregistrement des indications remboursables des immunoglobulines normales humaines a été suivie. Les indications de base étaient inscrites dans un paragraphe commun, n° 6790/100, le remboursement du choc toxique d'origine streptocoque dans le paragraphe n° 6790/100 ou 6790/200, le remboursement de la neuropathie motrice multifocale dans le paragraphe n° 6790/300, et pour la polyradiculopathie démyélinisante inflammatoire chronique dans le paragraphe n° 6790/400.

Comme les indications remboursables figurant dans votre question font partie du paragraphe se terminant par 100, il ne sera à nouveau pas possible de distinguer l'utilisation par indication remboursable. Si aucune pathologie remboursable, selon le paragraphe se terminant par 100, n'est retenue chez le patient concerné, la poursuite du traitement par immunoglobulines normales humaines ne sera plus possible dès la fin de la période de validité de cette autorisation. En dialogue avec le patient et en fonction de la pathologie concernée, les médecins traitants choisiront une autre option thérapeutique.

Het zal dus niet voor alle patiënten gedaan zijn, mevrouw Van Camp. Zij die nog recht hebben op een terugbetaling, zullen nog verder kunnen.

Uw overige vragen zijn vooral cijfermatig van aard. Bij het RIZIV viel men uit de lucht. Daarover waren nog geen cijfers beschikbaar. U speelt natuurlijk ook heel kort op de bal. Wij zullen u die antwoorden schriftelijk bezorgen. U vraagt naar het aantal patiënten, hoeveel van hen er moeten overschakelen en dergelijke.

Ik heb op het terrein ook gehoord dat sommige mensen gewoon een telefoontje krijgen met de melding dat zij niet meer naar hun afspraak moeten komen, zelfs als zij nog een terugbetaling hadden. Zij krijgen gewoon de dag ervoor telefoon met de mededeling dat zij niet moeten komen omdat zij niet aan de voorwaarden zullen voldoen, zonder verdere uitleg. Ik vind dat dit niet kan. Men weet, als er nog een terugbetaling is, dat deze kan worden uitgevoerd terwijl de nodige onderzoeken gedaan worden. Op basis van het dossier kan men de nodige aanvragen doen. De mensen moeten een eerlijke uitleg krijgen. Ik denk daarvoor in eerste instantie aan de mensen die dat voorgeschreven hebben, natuurlijk in overleg met de huisarts.

Mensen wenden zich dan uiteraard tot de mutualiteiten, die op hun beurt het RIZIV aanspreken. Ik ben het met u eens, zoals ik in het begin zei, dat de informatie op de website van het RIZIV niet zo overzichtelijk en niet zo leesbaar was. Zij gebruikten zeer ambtelijke taal en wij hebben hen daarop gewezen.

De informatie is ondertussen ook al wat aangepast, maar zal wellicht verder moeten worden aangepast en aangevuld, als er nog bijkomende vragen komen. Ik denk ook dat het zo duidelijk mogelijk moet zijn. Men is daarmee bezig; dat hebben wij ook gevraagd.

Wat het aantal patiënten betreft, wij hebben al gezien hoe zij dat kunnen nagaan, maar dat moet nog verder worden onderzocht. Zij kunnen bijvoorbeeld kijken naar het aantal *daily day doses*.

Ceci pour avoir une idée de l'évolution de ce numéro 100 pour une période déterminée.

Wij zullen vragen na te gaan wat het aantal *daily doses* is, om een idee te krijgen van de evolutie van het aantal. Nu wij horen wie dat allemaal voorschreef, is het ons niet duidelijk wat daarvoor de precieze indicatie was. De kwestie is niet alleen dat het budget exponentieel steeg, maar ook dat wij er niet zeker van zijn of het voor alle mensen die het kregen wel evidencebased was.

Er is bovendien een beperkte voorraad aan immunoglobulinen. Wij willen er zeker van zijn dat de patiënten die er echt afhankelijk van zijn, deze kunnen krijgen.

Als u uw vraag naar cijfergegevens schriftelijk stelt, zal ik deze beantwoorden.

16.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous dites que l'augmentation du budget est due à une mauvaise prescription et une mauvaise indication. Je trouve cette conclusion un peu rapide. Vous avez certes une augmentation de budget ces dernières années mais rappelons notamment que l'utilisation des anticorps monoclonaux d'immunothérapie a été clairement augmentée. Vous savez que c'est à l'origine de syndromes d'immunoglobulinémies et que, dès lors, ces patients ont bénéficié du traitement parce qu'ils développent un syndrome d'immunodéficience secondaire à ce traitement.

Donc, je ne vous suis absolument pas quand vous dites que l'explosion de 255 % en neuf ans est due à de mauvais prescripteurs et de mauvaises indications. Il faudra encore me démontrer cela!

Ensuite, vous me rappelez les règles. Les règles, je les connais.

J'ai une question très simple. Prenons des patients qui, aujourd'hui, sont traités par immunoglobulines humaines et qui, pourtant, ne se trouvent pas dans la fameuse catégorie 6790/100. Ils sont allés voir un

médecin du BPIG qui leur dit qu'il faut continuer ce traitement, qu'il n'y a pas d'alternative. Que fait-on avec ces patients? On leur dit "tant pis". Alors, vous allez avoir des frais énormes. Ils vont revenir, ils auront des complications et ils seront réhospitalisés.

Madame la ministre, je propose qu'on ne leur donne pas automatiquement une prolongation de remboursement. Il faut qu'on permette une procédure particulière qui garantit véritablement une indication inéluctable de ce traitement pour les patients dont le médecin-conseil et le médecin du BPIG démontrent qu'il faut continuer le traitement car il n'y a pas d'alternative, et sans quoi ces patients risquent des complications, des infections ou des hospitalisations répétées.

Je vous appelle à vous pencher sur cette proposition car je pense que vous pouvez reconnaître que ce ne sera pas nécessairement un mauvais choix au plan budgétaire et ce sera positif pour le patient au plan qualitatif.

16.05 Yoleen Van Camp (N-VA): Het is in elk geval al een goed begin dat u de problematiek erkent en ervan op de hoogte bent, met name de problematiek van patiënten die niet meer doorverwezen worden en koudweg afgewezen worden voor hun behandeling, zonder uitleg of zonder dat er een alternatief wordt gezocht. Dat vind ik positief, maar het is mij niet duidelijk welk gevolg u daaraan zult koppelen. Komt er een nieuwe communicatie voor de behandelend artsen? Dat zou ik zeker aanraden, zeker in zo'n gevoelige materie, na de getuigenissen van op het terrein.

16.06 Minister Maggie De Block: Ik heb ook vaak gehoord dat de artsen de communicatie niet gelezen hadden. Ze hadden gewoon de krant gelezen. Op basis daarvan hebben zij gezegd, zelfs als er nog een toelating was, dat men niet meer moest komen of dat zij "het van De Block niet meer mochten geven". Als dat een deskundige uitleg is, die de arts-patiëntrelatie weergeeft, dan vind ik dat zeer verontrustend.

16.07 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik heb ook zulke communicaties gezien. Ik kan dat alleen maar betreuren en vragen dat er een nieuwe communicatie zou komen. Ik zeg niet wie er schuld aan heeft dat de informatie niet bij de patiënt terechtkomt, maar misschien helpt een herinnering wel.

Ik heb uit uw antwoord op de vraag van de collega begrepen dat de terugbetaling sowieso verzekerd is en blijft lopen tot oktober 2017, of met een ander attest tot een andere datum, en dat er geen uitzondering komt voor mensen die geen afspraak te pakken krijgen voor oktober.

Wat de aanvraag in de ziekenhuisapotheek betreft, voor mij is de procedure nog altijd niet duidelijk. Ik neem aan dat de vraag die ik heb gesteld ook klopt, met name dat er geen schriftelijke bevestiging moet zijn, maar dat die procedure gangbaar is.

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

La **présidente:** Les questions n° 18864 et n° 18865 de Mme Katrin Jadin et la question n° 18868 de M. Jean-Jacques Flahaux sont transformées en questions écrites.

17 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stavaza inzake de pilootprojecten mHealth en telegeneeskunde" (nr. 18878)

17 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'état d'avancement des projets pilotes en matière de santé mobile et de télémédecine" (n° 18878)

17.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik volg de projecten van mHealth en Telehealth al langer. Er zijn ook pilootprojecten. Die zouden na een half jaar al afgerond zijn.

Zijn die ondertussen afgerond? Hoe is dat verlopen? Welke resultaten kunnen daaruit worden afgeleid? Welke beleidsmatige wijzigingen mogen we daaruit verwachten? Zullen bijvoorbeeld apps of teleconsultaties die een gunstige kosten-batenverhouding hebben, voortaan kunnen worden terugbetaald?

17.02 Minister Maggie De Block: De projectoproep werd op 1 juli 2016 gelanceerd en eindigde op 30 september 2016. Er werden toen 98 dossiers ingediend. Tussen begin oktober en eind oktober 2016 selecteerde een jury, bestaande uit leden van de administratie, 24 projecten.

De periode tussen december 2016 en februari 2017 werd benut om de in aanmerking genomen projecten te bespreken, bijvoorbeeld in verband met de budgettaire aspecten of om projecten met een gelijkaardige inhoud van verschillende mensen samen te brengen.

Tussen februari 2017 en mei 2017 werden de projecten voorgesteld aan het Verzekeringscomité van het RIZIV om de overeenkomsten met de 24 projecten te laten goedkeuren.

De eerste projecten zijn gestart in februari 2017, andere zijn later begonnen. Alle projecten duren zes maanden. De eindbeoordeling zal voor begin 2018 zijn.

17.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik dank u voor het antwoord, mevrouw de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsdoelstellingen" (nr. 18879)

18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les objectifs en matière de santé" (n° 18879)

18.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, u hebt zich in het regeerakkoord ertoe geëngageerd om samen met de deelstaten concrete gezondheidsdoelstellingen te formuleren, waarop men dan gezamenlijk kan inzetten, bijvoorbeeld op het collectief gezonder maken van de bevolking.

Wat is de stand van zaken? Hebben er al overlegvergaderingen plaatsgevonden en welke zijn er nog gepland?

Welke zijn de geselecteerde gezondheidsdoelstellingen? Hoe zult u daaraan werken?

18.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, het Kenniscentrum zal tegen eind 2017 de bestaande federale gezondheidsdoelstellingen ophijsten op basis van de doelstellingen geformuleerd in de federale beleidsnota's en op basis van gezondheidsdoelstellingen die door internationale organisaties zoals de Wereldgezondheidsorganisatie en de Europese Commissie werden vooropgesteld. Daarnaast zal het KCE ook op basis van het performantierapport een voorstel van mogelijke gezondheidszorgdoelstellingen formuleren. Naast het aanreiken van een lijst van mogelijke gezondheidsdoelstellingen zal er ook een vergelijkende studie zijn tussen landen met een verschillende methodologische benadering bij het bepalen van de gezondheidsdoelstellingen.

De hoofdbedoeling is in eerste instantie het verbeteren van de gezondheidsstatus van de bevolking, die wordt uitgedrukt in het aantal jaren in goede gezondheid. Voorts streven we er ook naar de bestaande gezondheidsongelijkheden te verkleinen en tegemoet te komen aan internationale engagementen die België is aangegaan, zoals de doelstellingen 2020.

Ieder Gewest en iedere Gemeenschap wordt ook uitgenodigd om mee te werken aan het realiseren van de nog te bepalen set van federale gezondheidsobjectieven. Dat overleg zal natuurlijk via de Interministeriële Conferentie moeten verlopen.

Over een aantal aangelegenheden is er al overleg via de Interministeriële Conferentie, maar op het niveau van de administratie. Er gaat immers altijd een heel werk aan vooraf vooraleer er een protocolakkoord uit de bus komt. Daar zijn we ook al mee bezig.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opwaardering van het verpleegkundig beroep" (nr. 18880)

19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la revalorisation de la profession infirmière" (n° 18880)

19.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ook dit is een dossier dat ik al heel lang opvolg. Het engagement om het verpleegkundig beroep op te waarderen is expliciet in het regeerakkoord ingeschreven. Een onderdeel daarvan betreft de omzetting van de EU-richtlijn ter zake.

Welke maatregelen hebt u al getroffen om het verpleegkundig beroep op te waarderen?

Wat plant u nog en wat is het tijdspad?

Hoe zit het met de omzetting van de EU-richtlijn? Specifiek wat HBO5 betreft, rijst de vraag of dat al volledig geregeld is. Zal die opleiding blijven leiden tot de titel van verpleegkundige en is het erkenningsdossier rond? Zal iemand met een HBO5-diploma in heel Europa erkend worden als verpleegkundige?

19.02 Minister Maggie De Block: De krijtlijnen werden getekend op de startconferentie Gezondheidszorgberoepen van september 2016. Heel de cohorte van verpleegkundigen vormt een van de gezondheidszorgberoepen in het KB 78. Er zal worden ingezet op de versterking van de verpleegkundige autonomie, onder andere via een open, dynamische en positieve omschrijving van het beroep. Het begrip "functionele autonomie" is geïntroduceerd. Dat wil zeggen dat verpleegkundigen naargelang de context en de zorgsituatie ook de mogelijkheid krijgen om een leidende rol te spelen in de zorgplanning. We gaan weg van de hiërarchie dat de dokter bijvoorbeeld bepaalt wat de wondzorgkundige moet gebruiken, terwijl die waarschijnlijk door de vorming en ervaring beter weet welke verzorging een doorligwonde of een andere wonde nodig heeft.

Daarnaast wordt ook de aanzet gegeven om de bekende lijstjes van handelingen te herzien en eerder te gaan naar richtsnoeren voor goede en op evidentie gebaseerde verpleegkundige praktijken. Natuurlijk moeten die richtsnoeren samen met het werkveld en met experts worden ontwikkeld.

Wat het tijdspad betreft, is er een publieke consultatieronde over het KB 78. De commentaren over dit concept zijn merendeels positief. De grootste drempelvrees is vastgesteld bij de artsen. Die hebben schrik om hun vroegere hiërarchische positie los te laten. Toen stonden ze aan de top van de piramide. Ook bepaalde politieke actoren vrezden een inbreuk op het medisch primaat.

Mijn visie is dat verstrekkers zoals artsen en verpleegkundigen complementair moeten werken met respect voor elkaars professionele autonomie en expertise, maar niet in een bepaalde hiërarchie waarbij de arts het altijd beter weet.

Het is een verkeerd idee dat de arts het altijd beter weet. Als dat zo is, dan is het zo, maar het is bijvoorbeeld ook al geweten dat in bijvoorbeeld de woonzorg speciaal opgeleide verpleegkundigen met de opgedane ervaring er vaak meer kaas van hebben gegeten dan bepaalde artsen.

Ten slotte werd in juni 2016 de Europese richtlijn 2013/55, die de minimale opleidingseisen en competenties van breed inzetbare verpleegkundigen bepaalt, omgezet in de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Het visum van verpleegkundige kan worden verkregen met een conform diploma, ongeacht of dit de vrucht is van een opleiding in een beroepsschool, een hogeschool of een academische instelling. Het zijn de Gemeenschappen die de conformiteit met de Europese voorwaarden moeten waarborgen. U weet dat men in Wallonië bepaalde maatregelen heeft getroffen. Ook aan de Vlaamse Gemeenschap heb ik, voor de HBO5-opleidingen, een brief bezorgd aan mijn collega, minister Crevits. Zij heeft mij een brief teruggestreven dat de opleiding zoals ze nu georganiseerd is, conform de gestelde Europese wettelijke eisen is. Hierdoor zullen de HBO5-verpleegkundigen hun taken kunnen blijven uitoefenen en bevinden zij zich binnen het Europees geëiste kader.

19.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Dat is duidelijk, bedankt. Wat de opwaardering van de verpleegkundigen betreft, zouden we daarvoor de nodige budgetten moeten kunnen vrijmaken. We zijn het pad heel goed aan het bewandelen, zeker in de laatste begrotingsoefening met de maatregelen die u hebt genomen om een betere zorg voor minder geld te bewerkstelligen en door budgetten vrij te maken om verspilling in de zorg aan te pakken. Men ziet nu de donkere wolken rond de begroting volop opklaren: daardoor moeten we op langere termijn zeker de nodige budgetten kunnen vrijmaken, die dan echt prioritair moeten worden ingezet voor de verpleging. Wat de thuisverpleging betreft, moeten de honoraria dan worden opgetrokken of moet er ten minste een grondige herijking gebeuren. Wat de verpleegkundigen in het ziekenhuis betreft, zie ik vooral een grote nood aan meer handen aan het bed.

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

La **présidente**: Les questions n° 18891 de Mme Kattrin Jadin et n° 18896 de M. Benoît Piedboeuf sont transformées en questions écrites.

20 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 18907)
- mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de NIPT-test" (nr. 19033)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de draagwijdte van de NIPT-test" (nr. 19058)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de multidisciplinaire follow-up van personen met het downsyndroom" (nr. 19327)

20 **Questions jointes de**

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test DPNI" (n° 18907)
- Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test prénatal non invasif (TPNI)" (n° 19033)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la portée du test DPNI" (n° 19058)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge multidisciplinaire de la trisomie 21" (n° 19327)

20.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, vanaf 1 juli zullen zwangere vrouwen nog maximaal 8,68 euro moeten betalen voor de NIPT-test. Voor vrouwen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, wordt de test zelfs helemaal gratis. Dat is een flinke vooruitgang, want die test kost vandaag nog 290 euro. Laat het duidelijk zijn dat ik de maatregel dan ook een bijzonder goede zaak vind.

Verschillende organisaties, zoals Downsyndroom Vlaanderen en de CM, hebben echter hun bedenkingen bij de maatregel. De bedenkingen van ethische aard laat ik in de vraag even voor wat ze zijn. Wat ik me wel afvraag, is of bepaalde huisartsen niet veel meer geconfronteerd zullen worden met een materie waarmee ze tevoren niet of minder bezig waren.

Moeten er volgens u toch geen richtlijnen komen voor artsen? U hebt gezegd dat dat niet nodig is, dat elke arts zijn vak kent. Daarvan ben ik overtuigd, maar het gaat hier toch over iets waarmee niet alle artsen ervaring hebben.

Als ik het goed begrijp, sporen de NIPT-testen van universitaire centra meer chromosomale afwijkingen op dan de commerciële labs. Als u de terugbetaling regelt, moeten in dat verband dan ook geen maatregelen komen die dat aspect regelen?

20.02 **Els Van Hoof** (CD&V): Mevrouw de minister, ik kan ook zeer veel begrip opbrengen voor de positieve reacties die u te beurt vielen. Het laagdrempelig maken van de NIPT-test is een goede zaak en verdient ook appreciatie. Dat u voor de maatregel 15 miljoen euro uittrekt, is het geld waard voor de doelstelling die u beoogt, maar er zijn inderdaad ethische bedenkingen, die ruim in de media aan bod zijn gekomen en die door verschillende organisaties naar voren worden gebracht.

In een breder perspectief stellen we ook vast dat in de maatschappij nog een verkeerd beeld leeft over wat leven met een handicap betekent, bijvoorbeeld wat het ouder worden van een kind met het downsyndroom betekent. De vraag hoe we dienen om te gaan met de nieuwe mogelijkheden die een NIPT-test biedt, is veel breder dan een vraag over het toegankelijk maken van die test.

Het gaat over de vraag hoe we omgaan met handicaps in onze maatschappij en die dimensie missen we wat in de huidige voorstellen.

Zoals ik uit de berichtgeving begrepen heb, zou elke arts in de mogelijkheid worden gesteld om de test uit te voeren en de toekomstige ouders hierin te begeleiden. Is die interpretatie juist? Indien ja, welke inschatting hebt u gemaakt van de competenties van de artsen op dat vlak, aangezien ouders zelf vandaag grote

verschillen ervaren op dat gebied?

Overweegt u een opleiding voor een soort van referentieartsen en gynaecologen, zodat er op termijn toch een garantie is dat de nodige competenties aanwezig zijn? Bestaat die al? Hoeveel van de 15 miljoen euro die in het vooruitzicht is gesteld, zult u hiervoor uittrekken?

Personen met een handicap vragen vaak ook multidisciplinariteit. Om tot een neutrale en respectvolle benadering te komen, dringt de Downsyndroomvereniging aan op een multidisciplinaire omkadering. Maakt het inzetten op en de ontwikkeling van die multidisciplinaire benadering ook deel uit van uw plannen? Op welke manier? Wat zult u concreet ondernemen?

Vandaag gaat het over de NIPT-test, morgen is het misschien een andere test. Waar brengt prenatale screening ons? Hoe bereiden wij onze maatschappij voor op de ethische dilemma's dienaangaande? Hoe bereiden wij ouders voor op mogelijke keuzes? Welke stappen onderneemt u om dat maatschappelijk debat vorm te geven?

20.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de door u aangekondigde terugbetaling van de NIPT-test heeft heel wat opiniemakers in hun pen doen kruipen. Daarin kwam de sociale dimensie aan bod, dat risicogroepen nu ook nagenoeg gratis de test kunnen laten uitvoeren, maar ook de ethische aspecten, met name hoe we omgaan met een handicap in onze samenleving. Het ene aspect is niet ondergeschikt aan het andere, het is gewoon van een andere orde.

In de eerste plaats wil ik absoluut, zonder enige kanttekening, uw maatregel toejuichen. Voor mij is elke maatregel die de gezondheidskloof kan verkleinen, een goede maatregel en dat is ook uw plicht als minister van Volksgezondheid. Uiteraard is het ook aan u, aan mij en aan ons om de discussie ruimer open te trekken, naar de ethische vraagstukken.

Het is een feit dat het aantal prenatale tests alleen maar is toegenomen. Jonge zwangere koppels ondergaan een alsmaar grotere batterij aan tests. De meeste testen zijn routinematig, zoals bloed- en urineonderzoek, tests naar de groei en echo's, maar daartussen sluipen steeds meer nieuwe testen van een andere orde, die meer te maken hebben met het vroegtijdig opsporen van een aantal handicaps.

Het spreekt vanzelf dat gynaecologen, huisartsen en vroedvrouwen opgeleid moeten zijn om niet alleen de test correct uit te voeren en vooral te interpreteren, maar ook om de consequenties van de screening vooraf te bespreken met de aanstaande ouders. In heel dat debat heb ik de discussie over de patiëntenrechten gemist, terwijl de juiste toepassing van de wet op de patiëntenrechten ook de pijnpunten kan oplossen die in de NIPT-testdebatten worden aangehaald.

Mevrouw de minister, bent u het met mij eens dat het recht op informatie in een duidelijke taal, de geïnformeerde toestemming vooraleer de test wordt uitgevoerd, een randvoorwaarde is om die test verruimd toe te passen?

Kunt u garanderen dat zorgverstrekkers daarvoor voldoende opgeleid zijn? De praktijk bewijst helaas het tegendeel. Wat zult u daaraan doen?

Bent u het met mij eens dat het recht op niet-weten – het is ook een patiëntenrecht vooraf niet te willen weten dat men een kindje met het downsyndroom zal baren – absoluut alle respect verdient en niet hoeft te resulteren in schuldinductie? Zo ja, hoe wilt u dat mee bewerkstelligen?

Bent u het met mij eens dat het artikel betreffende het recht op een kwaliteitsvolle zorg, nog zo'n patiëntenrecht, zeer belangrijk is in de wet op de patiëntenrechten en dat dus kinderen met het downsyndroom uiteraard te allen tijde, ook in de toekomst, de beste zorg moeten krijgen, ook na een veralgemeende invoering van de NIPT-test?

Nu we dit jaar vijftien jaar patiëntenrechten vieren en uit de cijfers van de federale ombudsdienst blijkt dat de wet nog altijd onvoldoende bekend is bij zowel patiënten als zorgverstrekkers, is het hoog tijd om ter zake een tandje bij te steken. Hoe ziet u dat?

20.04 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, début juin, une carte blanche parue dans la presse et signée par dix spécialistes de la prise en charge multidisciplinaire de la trisomie 21 vous était directement

adressée.

À travers cette publication, les signataires relevaient que depuis douze ans, des centaines d'enfants et adolescents porteurs de cette anomalie génétique font l'objet d'un suivi médical global et régulier assuré par des équipes de spécialistes qui travaillent en multidisciplinarité. Un tel suivi est essentiel pour ces personnes atteintes de trisomie 21 puisqu'il permet de prévenir d'éventuelles complications et contribue à favoriser le développement de leur autonomie ainsi que leur insertion sociale.

Ces spécialistes regrettent toutefois que leur travail ne fasse pas l'objet d'une reconnaissance à part entière et qu'ils ne puissent pas bénéficier de moyens supplémentaires pour l'organisation de consultations multidisciplinaires en faveur d'enfants présentant une affection génétique avec retard de développement et nécessitant une approche multidisciplinaire.

Madame la ministre, nous ne pouvons que saluer votre décision de consacrer annuellement 15 millions d'euros au remboursement du test de dépistage prénatal de la trisomie 21. Dans ce cadre, pourriez-vous tout d'abord nous préciser si toutes les femmes pourront effectivement bénéficier du remboursement de ce test NIPT ou si des conditions spécifiques devront être remplies?

Par ailleurs, comme le rappellent les signataires de la carte blanche dont j'ai fait mention, l'état de santé et la qualité de vie des enfants porteurs de cette anomalie génétique nécessitent un suivi spécifique et spécialisé. Or, en l'absence d'aide publique, ce sont les hôpitaux eux-mêmes et des fonds privés qui doivent supporter la charge salariale supplémentaire que représente l'organisation de ces consultations multidisciplinaires. Cette situation ne serait plus tenable à long terme.

Seriez-vous dès lors encline à faire reconnaître par l'INAMI la pratique des spécialistes qui travaillent en multidisciplinarité au suivi des personnes atteintes de trisomie? Un financement spécifique pourrait-il enfin être débloqué afin de les soutenir dans leur travail? Enfin, pouvez-vous nous dire si, suite à la parution de cette carte blanche, des rencontres avec les professionnels de soins concernés ainsi qu'avec les associations de patients sont envisagées?

20.05 Minister **Maggie De Block**: Dank u voor al uw vragen. Eerst en vooral blijf ik er ook van overtuigd, zoals u, dat de invoering van een algemene terugbetaling van de NIPT-test voor iedereen een vooruitgang is. Een optie was om het alleen voor risicopatiënten te doen, terwijl men weet dat de helft van de gevallen van trisomie 21 gedetecteerd wordt bij vrouwen die geen verhoogd risico hebben.

Een belangrijke persoonlijke bijdrage van 100 of 150 euro, zoals eerst gezegd was, zou een bepaalde groep vrouwen zich niet hebben kunnen permitteren. Op die manier zouden wij weer de kloof vergroot hebben tussen gezond geboren worden in bepaalde sociaal-economische omstandigheden of juist niet. Daarom wou ik de terugbetaling voor iedereen. Er blijft wel nog een prijsverschil voor de voorkeursgerechtigden, maar dat gaat over een paar euro.

De overgrote meerderheid van zwangere vrouwen – of de zwangere van het koppel – laat zich nu al testen op trisomie 21. Dat kan gebeuren met de triple-test, vanaf veertien weken, een oudere test, die minder accuraat is en die ik indertijd altijd aanvraag, of met de gecombineerde eerstetrimesterscreening. Met die testen, waarmee bepaalde parameters in het bloed opgespoord worden, wordt in combinatie met de gegevens van een echografie van de vrucht en de leeftijd van de zwangere vrouw een statistisch risico berekend om al dan niet een kind met trisomie 21 te dragen. Dat was dus een kansbepalend prenataal onderzoek, met een aantal valspositieve resultaten, waardoor een koppel zeer pijnlijke overwegingen moest maken. Het onderzoek werd aangevuld met een vruchtwaterpunctie; door het groot aantal vruchtwaterpuncties dat werd uitgevoerd, werden jaarlijks toch vijftig miskramen uitgelokt. Er waren ook valsnegatieve resultaten, met persoonlijke drama's tot gevolg, omdat na een goede test er toch een kindje met trisomie 21 geboren werd.

Er rezen dus telkens ethisch moeilijke vragen.

Vervolgens konden we de weinig accurate test met alle pijnlijke gevoeligheden daaromtrent vervangen door een accuratere test, de NIPT-test, die de genetische sequentie echt kan herkennen als er sprake is van trisomie 21. Hij vertoont een accuraatheid van 98,8 %, waardoor het risico op valsnegatieve testen veel lager ligt en het risico op valspositieve testen nagenoeg verwaarloosbaar wordt, zodanig dat overbodige puncties of amniocenteses kunnen worden vermeden, en dat voor iedereen. Dat was voor mij een voorwaarde.

Het is evident dat de aanvraag van zo'n test door de huisarts, de behandelend gynaecoloog of in een centrum waar men zich multidisciplinair laat omringen door vroedvrouwen, pas kan gebeuren nadat informatie is gegeven aan de betrokkenen en nadat er overleg is geweest met het koppel over de medische en ethische context van de test. Dat lijkt mij gewoon evident. Het is gewoon het recht van iedere patiënt om te worden geïnformeerd en zeker over zo'n zaak. Ik heb zelf veel zwangere vrouwen gevolgd. Het is in het begin dat al die uitleg nodig is. Dat was tot op vandaag ook al de taak van de arts. Met de vroegere test ging het over een statistische berekening op basis van drie factoren, onder meer de leeftijd. Het was al moeilijk voor de betrokkenen om in te zien dat men het risico statistisch kon berekenen. Bij de NIPT-test gaat men het genetisch materiaal van de vrucht onderzoeken en weet men het eigenlijk zo. De uitleg zal dus sowieso simpeler zijn.

Het spreekt vanzelf dat men aan een koppel moet vragen of het zo'n test wil. Natuurlijk, mevrouw Dedry, heeft men het recht om die test te weigeren. Ik zei ook altijd aan mijn patiënten, als zij de test wensten te doen – dat mag men niet bespreken op het moment dat men moet prikken – dat zij erover moesten nadenken en met hun partner moesten bespreken wat ze zouden doen met de uitslag van de test.

Als men zegt dat het kind sowieso welkom is, dan hoeft men de test niet te doen. Dan heeft men het recht om de test niet te doen en het recht om het niet te weten. Wil men de test wel laten uitvoeren, dan is er ook nog de gelegenheid om, nadat men een ongunstige uitslag heeft gekregen, te beslissen of men de zwangerschap voortzet dan wel afbreekt.

Wij hebben een betere test die voor iedereen wordt terugbetaald en op twee momenten hebben zwangere vrouwen de keuze. Laten ze de test doen of niet en wat zullen ze doen wanneer ze de uitslag van de test kennen?

Ik denk dat het heel belangrijk is dat zij het volste zelfbeschikkingsrecht hebben en dat zorgverstrekkers altijd de geïnformeerde toestemming moeten hebben, alvorens zij de test uitvoeren bij een zwangere vrouw.

De principes van informatieverstrekking en counseling worden niet gewijzigd, omdat we een veel performantere test zullen inzetten vanaf 1 juli. Vandaag worden al veel van de tests uitgevoerd op kosten van het koppel zelf. Ik heb verschillende koppels ontmoet die mij zeggen dat het hun nog 350 of 290 euro heeft gekost, maar die tevreden zijn dat ze het hebben gedaan en tevreden zijn dat de test voor de volgende zwangerschap zal worden terugbetaald, of die tevreden zijn voor de zwangere vrouwen die het terugbetaald zullen kunnen krijgen. Ook kwamen sommige verzekeringsinstellingen via de aanvullende verzekering tussen.

Gelet op het feit dat onze beslissing toch wetenschappelijk onderbouwd is en de test accurater is, is het mijns inziens correcter dat de test door de gewone ziekteverzekering wordt terugbetaald en de terugbetaling niet afhankelijk is van de aansluiting bij het ene of het andere ziekenfonds of aanvullende ziekteverzekering.

Wij mogen er dus van uitgaan dat opgeleide huisartsen, gynaecologen en vroedvrouwen, die toch met hun vak bezig zijn, weten wat de test inhoudt en wat de werkwijze is. Als er daaromtrent nog zaken moeten worden meegenomen in het onderwijs, moet ik dat aanklaarten bij de collega's van de deelstaten. Mogelijke klachten op dat vlak moeten daar behandeld worden.

Ik vind niet dat wij bijkomende opleidingen moeten geven. Artsen, vroedvrouwen en gynaecologen die hun vak ernstig nemen en die geacht worden levenslang te leren en zich aan te passen aan de actuele stand van de medische wetenschap, moeten wij niet nog eens aanvullend scholen. Zij kunnen daarvan ook altijd een item maken in een bijscholing. Dat zal misschien ook nog onder de rubriek Ethiek vallen, die, vroeger althans, een felbegeerde rubriek was voor de accreditering en waarin weinig lessen gegeven werden. Ik wil daarover altijd zelf ook nog eens gaan spreken.

Il va de soi que le droit aux soins de qualité pour n'importe quel enfant doit être absolument garanti, a fortiori pour les enfants qui connaissent plus de problèmes que les autres. Je pense à ceux qui sont atteints du syndrome de Down.

Comme je viens de l'expliquer, cette mesure de remboursement ne change en rien les principes éthiques et déontologiques sur lesquels sont fondés nos soins de santé.

Monsieur Senesael, j'ai lu dans la presse qu'un budget avait été promis par Mme Onkelinx à certaines équipes multidisciplinaires. Je l'ignorais jusqu'alors, de même que je ne savais pas qu'elles n'en avaient jamais bénéficié. Je vais donc vérifier. En tout cas, je puis vous indiquer que nous avons déjà fourni énormément d'efforts pour garantir les soins de santé aux personnes porteuses du syndrome de la trisomie 21.

De technologische vooruitgang geeft aanleiding tot bredere ethische debatten over de omkadering van de prenatale screening. Men had niet moeten wachten op de invoering van de test om die ethische debatten te voeren. Die ethische debatten komen er al langer aan, vanaf het moment dat men het menselijk genoom aan het ontrafelen was en men aan het genoom van iemand kan zien welke ziekten men kan ontwikkelen over tien jaar, over twintig jaar en welke niet. Dat is het ethische debat. Dat is voor mij een belangrijk debat. Men moet alleen niet wachten op de invoering van een betere test om dat debat te voeren.

Het is goed dat het er geweest is, ik heb mij daarmee niet bemoeid, omdat ik her en der grotere filosofen aan het werk heb gehoord, de ene al wat beter of delicateser dan de andere.

Ik heb ook een advies aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek gevraagd naar aanleiding van het recente advies van de Hoge Gezondheidsraad over het thema. Ik denk dat het belangrijk is dat wij daar het brede plaatje zien van wat er allemaal op ons afkomt en van de mogelijkheden van prenatale screening en genetische counseling voor toekomstige generaties.

Mevrouw Jiroflée, u zegt dat er meer uitgebreide testen in universitaire centra zijn. Ja, dat is zo en dat gebeurt op doorverwijzing, want dat zijn tertiaire centra. Als men bij de echo of bij een ander onderzoek denkt dat er iets mis is, worden die zwangeren doorverwezen naar een genetisch centrum. Daar kan men heel het genoom in kaart brengen. Alleen gaat het hier niet over die nomenclatuur. De nomenclatuur waarover het hier gaat, betreft de opsporing van trisomie 21, niet meer en niet minder.

Als men het heeft over een volledige genetische counseling, zijn er andere nomenclatuurnummers. Dat is op doorverwijzing, op selectie. Wij betalen alleen de opsporing van trisomie 21 terug. Als de universitaire centra ervoor opteren om tegelijkertijd ook andere chromosomale afwijkingen op te sporen, is dat mogelijk, mits zij daarvoor de toestemming van de patiënt hebben, maar daarvoor is in dit nomenclatuurnummer niet in een terugbetaling voorzien.

Er was inderdaad een discussie of wij alle zwangere vrouwen in ons land naar zo'n genetisch centrum zouden sturen. Dan was mijn bezorgdheid dat sommige vrouwen dat niet zouden doen. Terwijl wij aan iedereen de testmogelijkheid zouden geven, zouden er dan minder vrouwen de test doen. Die overweging was voor mij belangrijk. Na doorverwijzing, als er een risico is in de familie, en voor counseling nadien hebben de genetische centra zeker hun meerwaarde.

De laboratoria die in aanmerking komen om de NIPT-test uit te voeren, moeten ook aan strikte kwaliteitseisen voldoen. Die zijn duidelijk beschreven in de nomenclatuur. Wij hebben dus voldoende garanties op het vlak van expertise en kwaliteit van de uitvoerende laboratoria en de tests zelf. Indien commerciële laboratoria die test willen uitvoeren, moeten zij ook aan dezelfde voorwaarden voldoen. Dat is dus een garantie voor de kwaliteit van de test.

Het is goed dat er een debat is ontwikkeld. Ik heb echter de zotste zaken gelezen, alsof het maatschappelijk niet meer aanvaardbaar zou zijn dat een koppel de keuze maakt om een kind met trisomie-21 te laten geboren worden. Natuurlijk mogen zij die keuze maken. Dat is hun kind. Het is aan hen om die keuze te maken.

Dat is niet de bedoeling van de test. Eerst is er de vraag of koppels de test willen laten doen. Als zij de test willen laten uitvoeren, omdat zij willen weten of er sprake is van trisomie 21, dan wordt de test uitgevoerd. Vervolgens is er de tweede vraag en ik heb er veel van mening weten veranderen tussen de eerste en de tweede vraag. Als blijkt dat de test positief is op trisomie 21 – en nu zal men echt weten of dat al dan niet het geval is – kunnen ouders steeds beslissen om het kind te behouden. Dat is natuurlijk hun goed recht.

Wat voor een maatschappij zouden wij zijn, als wij zeggen dat zulke kinderen niet meer mogen geboren worden? Men heeft mij ooit bij een toespraak de vraag gesteld of er nog kinderen met trisomie 21 zouden worden geboren, waarop ik heb geantwoord dat er mijns inziens nog steeds zulke kindjes zouden worden geboren.

Ik meen dat wij er ook van moeten uitgaan dat het zo zal zijn, want het is altijd een beslissing van het koppel zelf om zo'n kind te laten geboren worden of niet. Ik vind dat daarvoor geen enkel misprijzen moet zijn. Integendeel, denk maar aan de kwaliteit van de zorg waarmee de kinderen daarna omringd moeten worden.

Ik heb daarover ook niet altijd subtiele debatten gezien. Ik denk aan het niveau van het debat van twee moraalfilosofen. Wanneer de ene schoffeert, schoffeert de andere natuurlijk op zijn beurt. Ik heb mij daaraan geërgerd. Hoe moeten ouders die zelf daarmee geconfronteerd werden, zich dan voelen bij een debat dat op zo'n platte manier gevoerd wordt, door twee moraalfilosofen dan nog? Ik vond dat een non-debat. Het ligt gevoelig bij de mensen.

Ik ben blij met het resultaat, maar het debat is nog niet afgelopen. Het geeft ons alvast de gelegenheid om te bepalen welke testen wij in onze maatschappij willen, hoe wij ermee zullen omgaan en hoe die ons ideaalbeeld zullen beïnvloeden van de baby die wij in onze wieg willen zien liggen. Zal het nog aanvaard worden dat er kinderen geboren worden met een of andere aandoening, waaronder trisomie 21, die zeer zichtbaar is? Er zijn echter ook andere aandoeningen. Nogmaals, het debat is nog niet afgelopen.

Ik ben, net als u allemaal, blij dat de NIPT-test terugbetaald wordt, zonder te raken aan het beslissingsrecht. Mevrouw Dedry, men kan altijd tetteren over de wet op de patiëntenrechten of men kan die toepassen. Welnu, ik pas die toe. Ik heb die toen ook ondersteund en ik pas die nu toe. Dat is mijn bijdrage aan de wet op de patiëntenrechten.

20.06 Karin Jiroflée (sp.a): Ik heb een antwoord gekregen op mijn vragen. Ik ben het met u eens dat het een gunstige evolutie is. Ik heb mij ook heel vaak geërgerd aan de platte manier waarop sommigen pratten over een ethisch delicate kwestie.

20.07 Els Van Hoof (CD&V): Mevrouw de minister, uw houding is heel duidelijk en ze is ook geruststellend op dat vlak. Toegankelijkheid was voor u het uitgangspunt, maar ook een respectvolle benadering van de ouders of van de patiënten in kwestie.

Verschillenden onder ons werden wel benaderd door organisaties, onder andere GRIP, die dan toch te maken hebben met patiënten of ouders die een slechte ervaring hadden. Het blijft dus een aandachtspunt om daaraan te werken. U hebt terecht gezegd dat er in overleg moet worden getreden met de Gemeenschappen. Een van de punten waarover te weinig opleiding wordt gegeven of dat te weinig als keuzevak naar voren wordt geschoven, is het vak communicatie voor artsen. Bij vragen van patiënten die toch heel gevoelig liggen, heeft men toch wel wat communicatievaardigheden nodig om over dit onderwerp te kunnen spreken. Druk is in alle gevallen uit den boze. Communicatie en ethiek, keuzevakken aan sommige faculteiten, moeten nu voorop komen te staan. Gelet op de gentechnologische vooruitgang die we meemaken wordt dat alsmaar belangrijker. Het is belangrijk dat u dat ook aanhaalt in uw gesprek met de Gemeenschappen.

Verder is het ook zinvol om eens te spreken met de organisaties die te maken hebben met mensen met trisomie 21 of het downsyndroom om te bekijken wat hun bezorgheden in dezen zijn en of die terecht zijn. Met de uitleg die u vandaag gaf, kunt u hen misschien voor een stuk geruststellen. Op het terrein moet er toch werk van worden gemaakt.

Het is goed dat u ook een advies hebt gevraagd aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Ik weet niet wanneer dat zal verschijnen, maar het is eigenlijk al lang nodig dat men zich daarover vragen gaat stellen, ook op internationaal vlak. We zijn daarin niet alleen, dat moet ook op VN-niveau worden aangekaart. De vraag moet worden gesteld binnen welk kader wij hier, met respect voor mensenrechten, moeten gaan handelen als het gaat over de vooruitgang ter zake. Misschien moet dat ook op het niveau van UNESCO gebeuren. Ik weet niet of u daarmee vanuit uw bevoegdheid te maken hebt, maar het zou toch wel nuttig zijn om daaromtrent op internationaal vlak knowhow te kunnen ontwikkelen.

20.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord.

Ik kom al vele jaren met zwangere vrouwen in contact. U bent misschien een prima dokter, die inderdaad handelde zoals u het beschreef, maar in de praktijk rijzen er echt wel problemen inzake de communicatieskills van een aantal artsen. Een en ander is fel verbeterd in de opleiding van de jongere artsen, omdat dat in de opleiding niet zomaar in een vakje apart zit, maar echt inge oefend wordt in een

aantal modules, zeker bij huisartsen. Nogmaals, de praktijk wijst uit dat er inzake communicatie nog heel wat kan verbeteren. Dat tests met een ethisch aspect nogal eens opgenomen worden in het gros van de gewone onderzoeken, zoals het bloedonderzoek en het urineonderzoek, en erin gegooid worden alsof het tests zijn als alle andere, heb ik bij mijn zwangere dochters nog mogen ervaren.

Enkele LOK-groepen bieden inderdaad bijkomende vorming. Dikwijls zijn dat heel goede en interessante opleidingen. Het kan echter zeker geen kwaad dat u daarover overlegt met de deelstaten, in het bijzonder met Onderwijs, want het aantal ethische thema's bij zorgverstrekkers zal alleen maar toenemen.

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

La **présidente**: Les questions n° 19149 de M. Jean Jacques Flahaux, n° 19252 de Mme Sabien Lahaye-Battheu, n° 19345 et n° 19346 de Mme Sybille de Coster-Bauchau sont transformées en questions écrites.

Il nous reste encore deux réunions comportant des questions orales avant le 20 juillet. Il ne sert donc à rien d'introduire 2 000 questions.

*La réunion publique de commission est levée à 17.55 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.*