

COMMISSIE VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID, HET  
LEEFMILIEU EN DE  
MAATSCHAPPELIJKE  
HERNIEUWING

van

DINSDAG 27 MAART 2018

Namiddag

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

du

MARDI 27 MARS 2018

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door juffrouw Yoleen Van Camp.

La réunion publique de commission est ouverte à 14.14 heures et présidée par Mlle Yoleen Van Camp.

**01** Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Farmaka" (nr. 22538)

**01** Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Farmaka" (n° 22538)

**01.01** Karin Jiroflée (sp.a): Ik heb deze vraag naar een stand van zaken al in december ingediend. Ik ben namelijk het overzicht een beetje kwijt. Ik gaf al eerder uiting aan mijn onbegrip over de beslissing om Farmaka, een onafhankelijke hulp voor huisartsen, op te doeken. Ik begreep vooral niet waarom u al een beslissing nam vooraleer de volledige resultaten van het onderzoeksrapport ter zake bekend waren, aangezien het tweede deel van dat rapport pas in januari aan de board van het KCE zou worden voorgelegd.

Mevrouw de minister, waarom nam u hierover reeds beslissingen vooraleer alle resultaten te kennen?

Hoever staat het met het onderzoeksrapport? Heeft dat nog nieuwe resultaten opgeleverd waarmee u rekening houdt?

Zoals ik al zei, is het veeleer een vraag naar een stand van zaken, aangezien ik de vraag al een hele tijd geleden heb ingediend.

**01.02** Minister Maggie De Block: Uw vraag is nog steeds actueel.

Het eerste deel van het kennisrapport handelt specifiek over de financiering en het bestuursmodel van het federale Plan Evidence-based Practice. Aangezien het de wens was om in 2018 effectief te starten met het federale plan, hebben we op basis van het eerste deel van het rapport al een aantal beleidsbeslissingen genomen omtrent de organisatie van het evidencebased plan op federaal niveau.

Voor de pijler van de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie werd ervoor geopteerd om alle initiatieven hieromtrent onder te brengen in één pijler Geneesmiddelen, die van nabij wordt gevolgd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Bovendien werd een groot deel van de medewerkers van Farmaka, betrokken bij het Formularium Ouderenzorg en de onafhankelijke artsenbezoeken, sinds 1 januari 2018 overgenomen door het BCFI, dat vanaf nu alle opdrachten binnen de pijler Geneesmiddelen zal uitvoeren. We hebben dus gevraagd om de medewerkers die hetzelfde werk bij Farmaka verrichten, over te nemen. Dat gebeurde met de volle medewerking van de betrokken personeelsleden van Farmaka.

De bundeling van de krachten in één vzw zal ertoe leiden dat, dankzij schaalvergroting en synergieën, opdrachten die voorheen door twee verschillende instanties werden uitgevoerd, namelijk het BCFI en

Farmaka, nu op een efficiëntere manier zullen kunnen worden uitgevoerd.

Ook dit kadert in mijn beleid om efficiënter met de beschikbare middelen om te gaan. De middelen die vroeger gingen naar alle verspreide organisaties blijven gebruikt worden. Daar zal geen besparing op gebeuren. We hebben enkel een verschuiving gedaan om meer coherente pakketten in de taakverdeling te krijgen.

Het tweede deel van het rapport, dat vooral handelt over de implementatie van de *evidence-based practice* en het evalueren van haar impact, werd op 6 februari 2018 gepubliceerd. Uiteraard zal er binnen de pijler Geneesmiddelen rekening gehouden worden met de conclusies van het eindrapport, zoals we dat ook gedaan hebben voor het eerste deel van het rapport. Het streven blijft om onafhankelijke geneesmiddeleninformatie op een zo efficiënt mogelijke manier bij de zorgverstrekker te brengen.

**01.03 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, laat het duidelijk zijn, ik ben blij dat u hier naar efficiency hebt gezocht, dat er geen besparingen gebeuren en dat het eenvormig gebeurt en dus efficiënt. Ik ben ook blij dat een deel van de mensen is kunnen overgaan, maar ik blijf het een tekort vinden dat er blijkbaar geen artsenbezoeken meer zullen plaatsvinden.

Ik heb begrepen dat de onafhankelijke info meer online zou gegeven worden. U noemt dat meer efficiënt en dat kan op het eerste gezicht ook zo lijken, als men daarop niet verder ingaat. Alleen merken we op het terrein dat artsen zeggen dat men er op die manier veel minder aan toekomt. De bezoeken maakten dat men gedwongen was stil te staan bij een aantal zaken en die incentive valt nu weg. Wij blijven dat betreuren.

We zijn helemaal mee in uw streven naar efficiëntie, maar we hebben niet de indruk dat het gebeurt omwille van het feit dat wellicht heel wat minder artsen gebruik zullen maken van de onafhankelijke info die zal verspreid worden.

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

## **02 Questions jointes de**

- **M. Gautier Calomne à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique de l'addiction aux jeux" (n° 22545)**
- **Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'addiction pathologique aux jeux de hasard" (n° 22555)**
- **Mme Nawal Ben Hamou à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'addiction aux jeux vidéo reconnue par l'OMS comme une maladie" (n° 23082)**

## **02 Samengevoegde vragen van**

- **de heer Gautier Calomne aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "spelverslaving" (nr. 22545)**
- **mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "pathologische gokverslaving" (nr. 22555)**
- **mevrouw Nawal Ben Hamou aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van gameverslaving als ziekte door de WHO" (nr. 23082)**

**02.01 Isabelle Galant** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a rendu son rapport concernant l'addiction aux jeux de hasard. Comme vous le savez, les jeux de hasard dans notre pays sont tolérés au sein d'établissements qui y sont dédiés à partir du moment où ils ont reçu au préalable une licence de la Commission des jeux de hasard.

Le CSS présente cette pathologie comme un trouble de l'addiction détruisant peu à peu l'individu par un comportement de plus en plus instable. Dans son étude, le CSS montre que les jeunes joueurs sont davantage touchés par cette addiction. Le sondage qu'il a mené indique qu'un jeune sur deux entre 12 et 18 ans a déjà joué à un jeu de hasard avec argent récemment et cela, facilité grâce à internet et les smartphones.

Le CSS conclut son étude par des recommandations dont celle d'interdire la publicité pour l'offre de jeux, de développer la recherche dans ce domaine et de rendre obligatoire, pour les établissements concernés, une signalisation des joueurs à problèmes.

Madame la ministre, cette pathologie est un fléau pour les individus concernés et leur entourage proche. Globalement, quelle est votre analyse concernant le rapport du CSS? Que pensez-vous de leurs recommandations? Sont-elles individuellement réalistes? Combien de personnes sont-elles touchées par ce phénomène? Quelle sont les tranches d'âge les plus touchées? Quelle en est la répartition selon le genre? Quels sont, pour vous, les principaux facteurs médicaux pouvant expliquer cette addiction? Possédez-vous des chiffres quant au pourcentage de guérison de cette pathologie afin d'évaluer la qualité de nos soins vis-à-vis de celle-ci?

Enfin, nous pensons que la meilleure façon de lutter contre cette pathologie reste et restera la combinaison gagnante de l'accompagnement et de la prévention. Pensez-vous qu'il faille, en la matière, renforcer le rôle des médecins généralistes, le rôle du paramédical et celui des institutions sociales et des travailleurs sociaux pour informer, prévenir et soutenir les personnes dépendantes?

**02.02 Nawal Ben Hamou (PS):** Madame la présidente, madame la ministre, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a lancé une piste de réflexion à propos de la reconnaissance de l'addiction aux jeux vidéo en tant que maladie. Il est vrai que les joueurs sont de plus en plus jeunes et les jeux vidéo souvent chronophages. Les spécialistes ont constaté que certains joueurs souffrent d'une telle addiction qu'ils ne sont plus capables d'accomplir leurs tâches du quotidien, ni même d'assumer leurs missions professionnelles. Les spécialistes de la question sont partagés et il est clair que les enjeux sont importants.

Madame la ministre, quelle est votre réaction face aux observations de l'OMS et sa proposition de reconnaître l'addiction aux jeux vidéo comme une maladie? Certains voient en cette reconnaissance des intérêts financiers et une opportunité pour les firmes pharmaceutiques de développer de nouveaux marchés plutôt qu'une question de santé publique. Quel est votre avis à ce propos? Des études récentes ont-elles été menées à ce sujet? Envisagez-vous des initiatives en la matière? Si oui, lesquelles?

**02.03 Maggie De Block, ministre:** Madame la présidente, mesdames Galant et Ben Hamou, derrière l'addiction aux jeux, je vois davantage un problème de santé publique qu'une question relative à des intérêts financiers ou une opportunité pour des firmes pharmaceutiques.

La priorité est d'avoir une offre qui réponde aux besoins des joueurs problématiques. Cette offre reprend un continuum de soins où la prévention et la détection précoce sont les meilleures armes. Comme pour toute autre addiction, l'aide apportée ne tourne pas uniquement autour de l'objet de la dépendance, mais s'inscrit dans une démarche plus holistique de l'état psychosocial de la personne.

La dernière étude menée sur le sujet par BELSPO est l'étude CLICK qui remonte à 2013. Mais il existe pléthore d'études nationales et internationales.

La meilleure approche, en termes de santé publique, passe par la prévention, la détection et l'intervention précoce.

La réunion thématique "Drogues" de la Conférence interministérielle Santé publique a mandaté la Cellule générale de Politique Drogues afin d'élaborer une proposition politique sur les jeux de hasard et d'argent en Belgique. En octobre 2016, une note de synthèse a été publiée dans laquelle est repris un aperçu des données en matière de prévalence et sur la politique actuelle, sur l'offre de soins et les mesures préventives existantes. Pour chaque rubrique sont mentionnés des points névralgiques et des points à améliorer.

Plusieurs experts en la matière ont été consultés. Sur la base de cette note de synthèse, il a été demandé à la commission d'élaborer une note de vision reprenant tant le domaine de la prévention que de l'offre de soins et de la régulation de l'offre.

Dans le cadre des travaux, l'avis du Conseil Supérieur de la Santé sur les jeux de hasard et d'argent a été rendu. Les membres du groupe de travail sur les jeux de hasard et d'argent examineront ce rapport dans les mois à venir et clarifieront leur position dans une note de vision qui sera discutée lors d'une Conférence interministérielle de Santé publique, le 2 juin 2018 ou après les vacances.

Une des plus grandes lacunes identifiées dans la note de synthèse a trait au manque de données chiffrées récentes. Vous m'avez demandé des chiffres à propos des personnes concernées. Il s'agit en fait d'un groupe assez discret dans notre société. C'est la raison pour laquelle, dès cette année, une série d'indicateurs sur les jeux de hasard et d'argent ainsi que sur les addictions aux jeux de hasard et d'argent

seront inclus dans l'enquête de santé menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique. Les résultats sont attendus d'ici fin 2019.

En ce qui concerne les facteurs médicaux et autres qui rendent les personnes vulnérables à une dépendance aux jeux de hasard et d'argent, l'association contre l'alcool et les autres drogues a compilé un excellent dossier dans lequel tous ces aspects sont discutés. Vous pouvez télécharger le fichier sur le site internet [www.vad.be](http://www.vad.be)

J'ai demandé que ce point soit ajouté aux discussions de la commission, au même niveau que la lutte contre l'alcool et les drogues pour les aspects relatifs à l'addiction, donc à la maladie.

**02.04 Isabelle Galant (MR):** Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse; nous suivrons attentivement les travaux.

**02.05 Nawal Ben Hamou (PS):** Madame la ministre, je vous remercie. J'entends bien votre volonté de travailler sur la problématique et je ne manquerai pas de revenir également sur ce dossier lorsque le groupe de travail aura remis ses conclusions.

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

**03 Vraag van mevrouw Els Van Hoof aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bedreigingen ten aanzien van artsen" (nr. 22581)**

**03 Question de Mme Els Van Hoof à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les menaces proférées contre les médecins" (n° 22581)**

**03.01 Els Van Hoof (CD&V):** Mevrouw de minister, uit een ondervraging in een masterscriptie aan de VUB bij 3 726 artsen blijkt dat meer dan 80 % in zijn carrière het slachtoffer is van agressie. Ondertussen loopt er binnen de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de VUB, in nauwe samenwerking met de Orde der artsen en de anti-agressiegroep PRAag, een nieuwe studie naar geweld in de arts-patiëntrelatie.

De Orde heeft in mei 2016 een nationaal meldpunt voor agressie tegen artsen opgericht. Recent bleek echter dat artsen slechts moeilijk de weg vinden naar het meldpunt. Sinds de oprichting ervan, anderhalf jaar geleden, zijn er slechts 105 meldingen binnengelopen. Uit de eerder vernoemde masterproef aan de VUB blijkt dat slechts één op vijf artsen het meldpunt kent.

De Orde stelde in 2016 dat er een adequaat strategisch plan moet worden uitgewerkt, samen met de bevoegde overheden. Dat moet toelaten om artsen passend te ondersteunen in de uitoefening van hun opdracht. De FOD Binnenlandse Zaken heeft in samenwerking met Volksgezondheid in februari 2016 daaromtrent een werkgroep opgericht, onder leiding van dr. Catherine Sucs van de Algemene Directie Veiligheid en Preventie. U gaf in 2016 aan dat er op basis van de adviezen van deze werkgroep maatregelen kunnen worden genomen om agressie tegen artsen tegen te gaan.

Ten slotte waren er recent ook enkele meldingen van artsen die in hun functie zelfs met hun leven werden bedreigd, onder anderen de voorzitter en de ondervoorzitter van de Provinciale Geneeskundige Commissie West-Vlaanderen. Op hun hoofd is een prijs gezet door een arts die door de commissie een beroepsverbod was opgelegd. Er is ook nog een soortgelijk incident met een arts die in haar functie in een commissie van de FOD Volksgezondheid ernstig bedreigd werd.

Over de bedreigingen en uitingen van agressie ten aanzien van artsen heb ik de volgende vragen.

Ten eerste, zijn er vaste procedures na uitingen van agressie of bedreigingen ten aanzien van artsen? Zo ja, welke? Hoe kan agressie ten opzichte van artsen in de toekomst kordaat aangepakt worden?

Ten tweede, zijn er ondertussen bevindingen van de werkgroep voor de veiligheid van zorgverstrekkers in de FOD Binnenlandse Zaken? Heeft de werkgroep reeds adviezen geformuleerd? Welke maatregelen zijn reeds genomen om agressie ten aanzien van zorgverstrekkers tegen te gaan?

Ten derde, waarom krijgt het nationaal meldpunt zo weinig meldingen? Is er een evaluatie van het meldpunt gepland? Hoe kan er in de toekomst voor gezorgd worden dat agressie tegen artsen sneller gesignaleerd

wordt? Wordt in de toekomst nagedacht over een systematische analyse van informatie over agressie tegen artsen?

Ten slotte, kunt u bevestigen dat recent leden van commissies bedreigd werden? Zijn daarover meer details bekend? Welke maatregelen worden genomen om de vertegenwoordigende artsen te beschermen?

**03.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Hoof, de problematiek van agressie tegen artsen, verpleegkundigen en alle hulpverleners is natuurlijk belangrijk. Ook sociaal assistenten worden daar nog wel eens het slachtoffer van. Uit de studie die u citeert zou tevens blijken dat niet alleen huisartsen maar ook spoedartsen en psychiaters het slachtoffer worden van geweld. De geweldplegers zijn meestal psychiatrische patiënten of mensen die misbruik maken van middelen.

Zoals u weet, werd de aanpassing van artikel 458ter van het Strafwetboek inzake het beroepsgeheim in het kader van overleg georganiseerd met toestemming van de procureur des Konings onder meer gemotiveerd door de bezorgdheid om de veiligheid van artsen met wachtdienst. De strafverzwaring voor agressie tegen zorgverstrekkers werd eerder al ingevoerd, met name door het invoegen van een artikel 410bis in het Strafwetboek.

Het nationaal meldpunt van de Orde der artsen wint aan bekendheid. Het is natuurlijk nog relatief recent. Ik was zelf bij de start ervan. Het is dus een nieuw initiatief. Er is een verdere sensibilisering nodig van de gezondheidszorgverstrekkers, artsen, verpleegkundigen en anderen, om hen er attent op te maken dat zij melding kunnen maken van geweld. Dat zal niet altijd via het meldpunt gebeuren, er wordt bijvoorbeeld ook binnen de praktijk of de kring, de lokale kwaliteitsgroep of LOG, over gesproken. Artsen schakelen vaak pas in uiterste nood de Orde of de politie in omdat ze de relatie tussen arts en patiënt niet onder druk willen zetten.

De werkgroep binnen de FOD Binnenlandse Zaken zet zijn werkzaamheden voort. Ik bereid inmiddels samen met de collega's bevoegd voor Justitie en Binnenlandse Zaken een schrijven voor gericht aan de korpsoversten en de kringvoorzitters om een overleg te organiseren over de veiligheid in de zone.

Dat zal gebeuren op het terrein, in de steden en gemeenten, met de politiezoneverantwoordelijken en de plaatselijk actieve artsen in de LOG.

U spreekt ten slotte over bedreigingen die de leden van de commissies binnen de FOD Volksgezondheid zouden hebben ontvangen. Wij hebben daarover navraag gedaan en niemand wist ons te zeggen of dat gebeurd was. De verschillende mensen bij wie het werd nagevraagd, hebben daar geen weet van.

**03.03** **Els Van Hoof** (CD&V): Het werd mij gesignaleerd door de artsen zelf, dus ik zal het doorgeven. Het is goed dat de werkgroep adviezen geeft en ik hoop dat het werk snel wordt afgerond. De agressie in de samenleving neemt toe, niet alleen ten aanzien van zorgverstrekkers, maar ook ten aanzien van apothekers. Men voelt een zekere vrees bij artsen om huisbezoeken te brengen wanneer zij een wachtdienst hebben, omdat men nooit weet wat men zal tegenkomen. Het bekendmaken van het meldpunt is dus absoluut noodzakelijk om een luisterend oor te bieden en advies te geven over hoe men ermee kan omgaan.

Het is ook goed dat u het lokaal zult verankeren. De lokale politiezones moeten hier inderdaad alert voor zijn. Ik hoor ook dikwijls dat mensen van bijvoorbeeld thuiszorgdiensten worden aangevallen als zij medicatie meebrengen. Het vraagt dus meer alertheid dan vroeger om hiermee om te gaan, ook door de overheid.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs 22754 en 23311 van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen.

**04** **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de overeenkomst met kinesisten" (nr. 22797)**

**04** **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la convention avec les kinésithérapeutes" (n° 22797)**

**04.01 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, wij hebben het al eerder gehad over de kinesisten.

In de aanloop naar de besprekingen en de overeenkomsten tussen zorgverstrekkers en het RIZIV konden we lezen op de website van Axxon dat u ermee had bedreigd om de kinesitherapie te schrappen in de ziekteverzekering. Voor duizenden patiënten zou kinesitherapie hierdoor onbetaalbaar worden.

*Voorzitter: Muriel Gerkens.  
Présidente: Muriel Gerkens.*

Klopt dat? Bestaan er plannen in die richting? Is daarover al gepraat? In welke richting gaan die gesprekken? Of gaat het gewoon om een kwakkel?

**04.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Jiroflée, de onderhandelingen van het RIZIV met de vertegenwoordigers van Axxon in de kine-mutcommissie waren niet eenvoudig. Desondanks werd een akkoord bereikt. Groot was dan ook de verbazing toen nadien dezelfde vereniging, zowel via haar website als via andere kanalen, onder meer de radio, opriep om te deconventioneren.

Voor mij is een woord een woord en een handtekening een handtekening. Ik kon dat dan ook niet appreciëren.

Vorige week hebt u hierover een actuele vraag gesteld in de plenaire vergadering. Toen leek het erop dat 20 % het akkoord zou weigeren, maar uiteindelijk blijkt het over slechts 1 % meer dan vorig jaar te gaan. Desalniettemin vind ik het niet leuk voor alle kinesisten die de patiënten bijstaan, dat men een oorlog ontketent voor een akkoord, dat werd bereikt.

Op de website van de vereniging verscheen op 2 januari de boodschap dat zij het akkoord had ondertekend met het mes op de keel. In de vergadering zou ik bedreigd hebben met de schrapping van de kinesitherapie in de ziekteverzekering, terwijl ik daar niet eens aanwezig was.

Mijns inziens is dat geen oplossing. In Nederland werd de kinesitherapie wel geschrapt, maar wij hoeven niet altijd het voorbeeld van onze noorderburen te volgen.

Hoe dan ook, ik was nooit in die vergadering en ik heb ook meteen mijn vertegenwoordiger in die vergadering, de heer De Cock, administrateur-generaal van het RIZIV, ondervraagd, die dat nooit heeft gezegd. Ik herinner mij wel dat een voormalig minister, lid van uw partij – ik maak er een raadseltje van – dat ooit ter sprake bracht, maar misschien was dat om te lachen.

De heer De Cock heeft Axxon gevraagd waarom de vereniging dat op haar website had gezet, aangezien hij dat nooit had gezegd en de mededeling is er even snel afgehaald als ze erop is gekomen. Intussen is ze wel de wereld rondgegaan. Wie schrijft, die blijft. Dat geldt ook voor een website.

Er is daarover getweet en *gefleet*, ook door u en uw medewerkers. Ik heb daarop niet gereageerd. Ik hoef niet te reageren op hersenspinsels van personen die mijn administrateur-generaal woorden in de mond leggen. Ik durf mijn hand in het vuur te steken dat hij geen zotte zaken zegt, die niet op voorhand zijn overlegd met het kabinet en zeker niet over zoiets als de schrapping van de terugbetaling van de kinesitherapeutische zorg.

**04.03 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik heb achteraf gezien dat het inderdaad slechts 1 % meer is dan vorige keer. Samen met u ben ik daar heel blij mee.

Als een van onze ministers dat ooit zei, dan ik voel mij daardoor niet aangesproken. Ik zou tegen hem hetzelfde hebben gezegd als tegen u. Ik zou dat een gigantische vergissing hebben gevonden.

Ik ben in ieder geval gerustgesteld u te horen zeggen dat u niets in die zin van plan bent. Dan zijn wij het daarover eens. Ik wilde het toch graag uit uw mond horen, dus bedankt voor de geruststelling.

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

**05** Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dérogations obtenues par certains industriels pour ne pas développer leur médicament chez l'enfant" (n° 22720)

**05** Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door bepaalde firma's bekomen afwijkingen waardoor hun geneesmiddel niet moet worden getest op kinderen" (nr. 22720)

**05.01** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, nous avons déjà abordé cette question relative aux médicaments pédiatriques et à l'exigence actuelle de réaliser des essais et de tester l'impact de ces médicaments sur les enfants. Avant, les tests n'étaient pratiqués que sur des adultes et les doses étaient ensuite divisées en fonction du poids. Il y a évidemment eu des avancées par rapport à ces dispositions au niveau européen mais également au niveau mondial.

Néanmoins, mon attention a été attirée par rapport aux médicaments destinés au traitement de cancers pédiatriques. Il y avait des dérogations obtenues par les firmes pharmaceutiques concernant ce type de traitements de cancers pédiatriques quant à l'obligation d'effectuer des essais cliniques sur les enfants dans ce domaine.

Madame la ministre, j'aurais voulu savoir où en étaient les discussions au niveau européen au sujet des essais cliniques pour de tels traitements. Aux États-Unis, cela a été rendu obligatoire l'été dernier. Concernant les innovations médicamenteuses, on constate que les traitements pour les enfants évoluent moins positivement et moins vite que les traitements pour les adultes, vu ces dérogations dispensant de mener des essais cliniques pour les traitements de cancers pédiatriques. Quelle est votre position et comment se passent les débats au niveau européen?

**05.02** **Maggie De Block**, ministre: Madame Gerkens, au niveau européen, une dérogation aux exigences en matière de soumission d'un plan d'investigation pédiatrique assorti de la nécessité d'entamer des études cliniques spécifiques peut être obtenue pour un médicament spécifique ou pour une certaine classe de médicaments. Ceci est effectivement le cas pour plusieurs médicaments en développement dans le traitement de certains types de cancers.

La problématique à laquelle vous faites référence n'est guère spécifique à la Belgique, mais est plutôt européenne. Elle a été reconnue par la Commission européenne dans son rapport sur les progrès réalisés dans le domaine des médicaments destinés à l'enfant depuis l'entrée en vigueur du règlement sur les médicaments à usage pédiatrique et ce, il y a dix ans. Nous étions toutes les deux présentes ici à cette époque.

Ce rapport a été rédigé grâce aux contributions d'experts des différentes parties prenantes, y compris notre Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Le rapport propose entre autres une analyse des causes premières de l'impact relativement restreint du règlement par rapport aux médicaments oncologiques à usage pédiatrique.

Cependant, dans le cadre politique et socioéconomique actuel, je m'inquiète du fait que les conséquences d'une décision de révision du règlement sur les médicaments à usage pédiatrique sont aléatoires et pourraient avoir l'effet contraire à celui recherché, avec une fragilisation plutôt qu'un affermissement de la réglementation.

La révocation par l'Agence européenne des médicaments en 2015 de la liste des dérogations de classes envisageait de relancer le débat pédiatrique dans ce domaine. L'impact de cette mesure n'est pas encore totalement clair à ce stade. L'AFMPS suit le dossier de près et l'Agence développe également son expertise en oncopédiatrie afin de mieux assurer son rôle de support et de conseil auprès des entreprises actives dans le domaine.

Par ailleurs, je remarque que, suite à l'attention publique accrue pour la problématique, de nombreuses entreprises pharmaceutiques soumettent à présent spontanément de plus en plus de plans de développements pédiatriques en oncologie.

Dans l'attente d'avancées éventuelles et des résultats de l'analyse proposée dans le rapport de la Commission européenne, la situation en Europe pourrait être influencée indirectement par les modifications

récentes de la législation aux États-Unis, sachant que les programmes de développement sont appliqués au niveau mondial, vu le nombre limité de patients concernés.

Cela bouge mais cela bouge-t-il dans le bon sens? Ce n'est pas clair. Le fait qu'on a développé davantage d'expertise au sein de notre Agence est toutefois positif, de même que l'augmentation du nombre d'études et de recherches pour les enfants au sein des firmes pharmaceutiques.

C'est effectivement à suivre. Cela dure depuis dix ans.

**05.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Tout à fait. Mon intention était effectivement de veiller à ce que les efforts se poursuivent. Des dérogations pour des catégories sont difficiles à accepter et à justifier.

J'ajouterai juste une interrogation plus globale. À partir du moment où, aux États-Unis, les choses ont évolué et où les firmes pharmaceutiques, spontanément, vont vers les essais et la conformité à améliorer la recherche, on peut se demander pourquoi cela coince au niveau de l'Union européenne. Puisque les firmes elles-mêmes iraient dans ce sens, nous pouvons espérer aller vers la suppression des dérogations. En tout cas, il pourrait être intéressant de soutenir le combat dans cette direction avec nos représentants de l'Agence.

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

**06 Samengevoegde vragen van**

- juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Personal Health Viewer" (nr. 22836)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Personal Health Viewer" (nr. 23305)

**06 Questions jointes de**

- Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la plateforme Personal Health Viewer" (n° 22836)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Personal Health Viewer" (n° 23305)

**06.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, binnenkort zou het mogelijk zijn dat iedereen zijn medisch dossier kan inkijken via het digitaal platform Personal Health Viewer. Dit zou het eerste kwartaal van dit jaar worden gelanceerd.

Welke informatie zal er exact te zien zijn via Personal Health Viewer? Overlappen de gegevens met informatie die vandaag al online beschikbaar is, zoals in de Patient Health Viewer?

Zullen bepaalde data die nu al op het deelstaatniveau beschikbaar zijn, doorstromen naar de federale applicatie, zonder dat deze gegevens evenwel opnieuw moeten worden ingevoerd door de betrokken instellingen of zorgverstrekkers? Hebt u daarover al overleg gepleegd met de deelstaten.

**06.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, het is inderdaad de bedoeling om vanuit de Personal Health Viewer eenvoudig door te klikken naar andere omgevingen waar de gezondheidsgegevens worden bewaard. Uiteraard gebeurt dit met de slimme en veilige Single Sign-On-technologie, dat wil zeggen na identificatie via de identiteitskaart en authenticatie van de user die via de eID-check heeft aangelogd.

In eerste instantie zal een beperkt aantal omgevingen via dit doorklikmechanisme kunnen worden geopend. Men zal kunnen doorklikken naar de sumehrs vanuit de eerste lijn, zijnde de samenvatting van antecedenen en wat relevant is voor de gezondheid. Dat zijn de sumehrs die door de huisarts zijn ingebracht. Ook het eerstelijnsmedicatieschema zal kunnen worden bekeken, net als rapporten en resultaten in ziekenhuizen, het beheer van de *informed consent*, de Orgadon en de gegevens van de ziekenfondsen. Daarna zullen gaandeweg nieuwe omgevingen worden ontsloten, zoals de elektronische medicatievoorschriften.

Door deze aanpak zullen er geen overlappingsen zijn met andere omgevingen. Dankzij het principe van de hubs en de metahubarchitectuur zal bijvoorbeeld de persoon die bekend is in een ziekenhuis in Gent, en dus aangesloten bij de hub CoZo, bij het klikken op rapporten en uitslagen automatisch landen in de CoZo



Health Viewer. Idem dito voor een Waalse burger in de viewer van de *rassemblement santé wallon*.

Via de Single Sign-Technologie zal het voor de patiënt ook mogelijk zijn om vlot tussen de verschillende omgevingen te navigeren. De gegevens blijven dus bewaard in de bronsystemen. De gegevens van de ziekenhuizen en de vele eerstelijnsgegevens zullen naar regiokluzen gaan zoals Vitalink, BruSafe en andere. Er zal dus nooit een gegevensstroom zijn. Daarom noemen wij het ook Personal Health Viewer. Het zal gezien worden, maar het zal niet worden verstuurd.

Er werd hierover inderdaad met de deelstaten overlegd, zowel via de IKW eGezondheid als via de verschillende overlegstructuren ad hoc.

Er kwam ook feedback van demonstraties. Er is nu ook een pilootgroep met simulaties bezig, voorgezeten door een vertegenwoordiger van de patiëntenvereniging. Wij zullen zien welke kinderziekten er nog zijn.

Er is ook een bruikbaarheidsstudie aan de gang, om na te gaan welk proces het beste kan worden gevolgd tussen de verschillende zorgverstrekkers. De resultaten van deze studie zullen in de volgende maanden in overleg met de patiëntenplatformen worden geëvalueerd. De elementen zullen in de Personal Health Viewer worden verwerkt.

Het is goed om veel simulaties te doen, want wij weten nu dat er nogal wat kinderziekten kunnen optreden. De patiënt kan zijn eigen resultaten bekijken, maar ze worden niet verwijderd uit de hub waarin ze zijn opgeslagen. Dat is belangrijk om weten.

**06.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

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

#### **07 Questions jointes de**

- **Mme Véronique Caprasse à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'indemnisation des victimes d'erreurs médicales" (n° 22847)**
- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux" (n° 23193)**
- **Mme Isabelle Galant à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux" (n° 23288)**
- **Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des accidents médicaux" (n° 23646)**

#### **07 Samengevoegde vragen van**

- **mevrouw Véronique Caprasse aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadevergoeding voor slachtoffers van medische fouten" (nr. 22847)**
- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van het Fonds voor de medische ongevallen" (nr. 23193)**
- **mevrouw Isabelle Galant aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de werking van het Fonds voor de medische ongevallen" (nr. 23288)**
- **mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds voor de medische ongevallen" (nr. 23646)**

**07.01 Véronique Caprasse** (DéFI): Madame la présidente, madame la ministre, depuis 2010, un fonds d'indemnisation existe pour les erreurs médicales. Il permet aux victimes d'être indemnisées sans devoir prouver la culpabilité du médecin.

Ce fonds n'est toutefois accessible qu'aux victimes de dommages anormaux et graves subis à partir du 2 avril 2010. Un dommage est considéré comme suffisamment grave lorsqu'il remplit un des critères de gravité visés à l'article 5 de la loi relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé. Je les énumère: une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %, une incapacité temporaire de travail d'au moins 6 mois consécutifs ou de 6 mois non consécutifs sur une période de 12 mois, des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ou le décès du patient.

Il en découle que les victimes d'erreurs médicales antérieures au 2 avril 2010 se battent parfois encore

aujourd'hui pour voir leur dommage reconnu. La presse a récemment évoqué le cas de parents victimes de l'homicide involontaire de leur bébé par manque de prévoyance du personnel médical de leur hôpital. Suite à d'importantes pertes de sang, la mère s'est rendue à l'hôpital où on l'a priée de rentrer chez elle, sans prendre la peine de l'ausculter. Le lendemain, on a finalement accepté de l'hospitaliser, mais toujours sans appeler un médecin. Le mal était déjà fait: le bébé était mort en raison d'un décollement prématuré du placenta qui n'a pas été pris en charge à temps.

Ce dossier, à l'instruction depuis 2009, est depuis lors passé entre les mains de quatre juges d'instruction différents, de Tournai à Charleroi, avec des retards de procédure considérables. À chaque fois, les références du dossier ont été changées. Bien que l'expertise réalisée par les médecins désignés par les tribunaux ait établi la responsabilité de l'hôpital, aucune indemnisation n'a encore été versée. Selon l'ASBL Erreurs Médicales, ce cas est révélateur d'une lenteur dans les procédures tant civiles que pénales. Cette lenteur est due à l'engorgement des tribunaux et à la désignation d'experts. L'ASBL suggère donc souvent une médiation aux victimes d'erreurs médicales. Si cette solution peut être satisfaisante dans certains cas, elle ne l'est pas dans le cas où l'hôpital réfute toute responsabilité.

Par conséquent, madame la ministre, pouvez-vous m'indiquer combien de dossiers ont été introduits auprès du Fonds des accidents médicaux ces dernières années? Dans quel délai ont-ils été traités? Combien d'entre eux ont abouti à une indemnisation?

Envisagez-vous un assouplissement des conditions d'indemnisation? Je pense en particulier à l'invalidité minimum de 25 %.

Enfin, existe-t-il une solution en termes d'indemnisation pour les personnes qui ont été victimes d'erreurs médicales avant le 2 avril 2010 et qui ne parviennent pas à obtenir gain de cause par la voie judiciaire?

**07.02 André Frédéric (PS):** Madame la présidente, madame la ministre, je resterai dans le droit fil du problème qu'a abordé Mme Caprasse et sur lequel mon groupe a eu l'occasion de revenir à plusieurs reprises.

Voici quelques semaines, plusieurs experts ont sonné l'alarme dans la presse. Il semble en effet que le Fonds ne fonctionne tout simplement pas. Les patients doivent ainsi attendre des mois, parfois même des années, avant d'obtenir une quelconque décision ou indemnisation.

Les dossiers qui font maintenant l'objet d'une expertise ont été rentrés en 2014. En outre, les gestionnaires de dossiers ne disposeraient souvent d'aucune connaissance médicale et ne seraient pas informés des procédures en vigueur.

Madame la ministre, pouvez-vous nous détailler le nombre de dossiers introduits auprès du Fonds depuis 2013? Par ailleurs, pouvez-vous nous dire combien de décisions ont déjà été prises et d'indemnisations versées depuis la mise en place du Fonds? Quel montant cela représente-t-il?

Pour remédier au difficile fonctionnement du Fonds, vous estimiez qu'un recrutement était nécessaire. L'embauche d'experts, de médecins et de juristes semble difficile, notamment en raison de conditions de rémunération peu attrayantes. Le confirmez-vous? Dans l'affirmative, comment y remédier? Du personnel a-t-il été récemment engagé? Avec quel profil?

Enfin, à la suite des informations parues dans la presse, vous avez annoncé vouloir traiter différemment les dossiers. Pourriez-vous nous expliquer comment vous comptez agir et nous dire si vous envisagez des modifications législatives dans ce cadre?

**07.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen):** Mevrouw de minister, over dit onderwerp hebt u onder andere al vragen gekregen van collega Van Peel. U hebt heel uitgebreide antwoorden gegeven over de redenen voor de vertragingen bij het fonds. Toch verklaren verschillende experts onder meer in de media dat die uitleg niet voldoet of niet correct is. Daarbij wijzen zij op interne problemen of op problemen bij de interne werking van het fonds, die te maken zouden hebben met zowel te late uitbetalingen als met de verdeling van het werk tussen de verschillende experts. Daarnaast zouden de dossierbeheerders vaak geen of onvoldoende medische kennis hebben en niet op de hoogte zijn van alle procedures. Kortom, zoals de collega's al aangehaald hebben, de trage werking van het fonds is een nog steeds aanslepende problematiek.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van die problemen? Indien ja, welke maatregelen wilt u nemen om die problemen aan te pakken?

Zult u een onderzoek instellen naar die problemen indien u er nog niet van op de hoogte bent? Wat zijn uw plannen ter zake?

**07.04** **Maggie De Block**, ministre: En séance de commission du 10 janvier 2018, j'ai répondu à une série de questions relatives au fonctionnement du Fonds des accidents médicaux. Les questions étaient posées par Mmes Van Peel, Cassart-Mailleux et M. Flahaux. Je vous transmets des informations complémentaires aux réponses fournies antérieurement.

Le nombre de nouvelles demandes introduites depuis l'adoption de la loi du 2 avril 2010 va de 11 en 2010 jusqu'à 507 en 2017. Je vous communiquerai les chiffres pour le rapport.

En ce qui concerne les délais, cela varie d'un dossier à l'autre car de nombreux paramètres entrent en ligne de compte. Définir un délai ne peut donc pas traduire une image correcte de la réalité. Des statistiques sur le Fonds des accidents médicaux peuvent également être trouvées dans le rapport annuel publié sur le site de l'INAMI.

Le nombre de dossiers ayant abouti à une indemnisation au 31 décembre 2017 est de 95 en capital et de 5 sous forme de rente. En capital, nous atteignons 12,295 millions d'euros et, au niveau des rentes, un montant de 27 000 euros.

Er ontbreken inderdaad nog artsen-experts in het personeelskader van het fonds, mevrouw Dedry. Wat het masterplan betreft, is het kader bijna opgevuld. Het fonds doet dag na dag inspanningen om de pool van experts te vervolledigen. Er zijn nog aanwervingen aan de gang, ook in samenwerking met Selor, maar u weet dat dit niet altijd snel gaat, en het RIZIV.

Het aantrekken van experts vormt niet alleen voor het Fonds voor de medische ongevallen een uitdaging, dat is het geval voor de hele overheid. Wij ondervinden dat in de hele overheidsadministratie. Dat is ook te wijten aan de loonvoorwaarden die samenhangen met de functiebeschrijvingen en de profielen die vastliggen in het ambtenarenstatuut. Wij zijn helemaal niet interessant als werkgever voor bepaalde profielen en bieden ook geen aantrekkelijke verloning.

Nous sommes conscients que le fonctionnement du Fonds des accidents médicaux n'est pas optimal et nous mettons en place différentes procédures adaptées dans le cadre actuel de la loi pour l'améliorer. C'est pourquoi, il a été décidé d'accorder une plus grande attention à l'accompagnement des patients et à la médiation.

Comment? En confiant, dans ce cadre, une mission aux organisations représentatives des patients qui ont de l'expérience en la matière ainsi qu'une expérience suffisante dans l'accompagnement des victimes d'accidents médicaux.

Pour quelles missions? Pour le soutien individuel aux victimes d'accidents médicaux ainsi que de leur famille et pour l'accompagnement de ces personnes dans le cadre des travaux du Fonds. Il s'agira aussi d'informer les victimes et de les accompagner dans leur tentative de trouver un arrangement à l'amiable en cas d'indication insuffisante des responsabilités médicales, mais aussi d'ouvrir le dialogue entre les victimes, les prestataires de soins et les compagnies d'assurance.

En outre, il a été décidé d'utiliser une autre approche dans le traitement des dossiers. L'approche sera différenciée selon que le seuil légal prescrit pour le taux de la gravité du dommage sera atteint ou non. Les cas impliquant des dommages qui n'atteignent pas les seuils de gravité légaux et qui ne permettent probablement pas d'ouvrir un droit à une indemnité à charge du Fonds des accidents médicaux seront traités de manière simplifiée.

Wij hebben bijvoorbeeld ook veel klachten op het gebied van orthodontie. Het gaat niet altijd om mensen met blijvende schade, maar soms gaan zij niet akkoord met het esthetisch eindresultaat van bepaalde orthodontische behandelingen. Zij voelen zich toch een slachtoffer en dienen een dossier in. Daar staan mensen tegenover met echt blijvende zware *séquelle* van het feit dat zij denken dat er een medische fout is begaan. Wij zullen een verschil maken tussen de kleine, eenvoudiger gevallen en de gevallen met zware

gevolgen.

Près de la moitié des dossiers mentionnent un dommage inférieur à ce seuil de gravité. Pour ces cas-là, une simplification sera introduite. Il sera tenté au maximum de trouver une solution négociée en impliquant les prestataires de soins plus tôt dans le processus. Le but est d'éviter des procédures de longue durée et onéreuses pour des dommages limités qui ne donneront jamais lieu à une indemnité du Fonds. En même temps, la priorité sera donnée aux dossiers avec des dommages graves. Ceci doit permettre d'arriver à traiter plus facilement et plus rapidement les dossiers qui ont été introduits.

En ce qui concerne le projet DAMO (Dossier Accidents Médicaux/Medische Ongevallen), différentes actions sont aussi entreprises tels que l'inventaire, le tri et la numérisation des documents scannés et des documents disponibles sur les portails numériques, afin que les médecins puissent se focaliser sur leur travail d'expertise. Pour ce faire, des collaborateurs ont été recrutés dans le but d'assurer cette tâche à la place des médecins.

Vroeger gebeurde dat allemaal op papier, met verslagen van de behandelend geneesheren. Toen moest elke deskundige apart al die verslagen kopiëren. Nu zal het elektronisch gebeuren. We zijn daar ook in de eenentwintigste eeuw beland.

Il sera procédé de manière électronique à la réception et à l'inventaire des dossiers, y compris les dossiers médicaux. L'Ordre des médecins a déjà été contacté dans ce cadre et nous sommes actuellement en phase finale de la définition d'un standard KMER. Il sera demandé aux prestataires de soins et aux institutions de soins d'inventorier correctement les dossiers médicaux, de les télécharger et de les renvoyer automatiquement - par exemple aux experts externes afin que l'information nécessaire ne doive plus être transmise sur papier.

Het zijn soms dikke dossiers die gekopieerd en doorgestuurd moeten worden.

On permettra aussi une consultation directe de l'information dans le dossier médical des hôpitaux.

Pour répondre à la question de Mme Caprasse relative aux victimes d'erreurs médicales avant 2010, comme le Fonds a été voté en 2010, celles-ci doivent suivre la voie judiciaire. Il n'y a pas d'alternative. Quant à la longueur des procédures judiciaires, cela relève de la compétence du ministre de la Justice. J'ai connu des procédures qui ont duré jusqu'à vingt ans. C'est évidemment la raison pour laquelle ce fonds a été créé en 2010. On se souvient tous des discussions. La manière de travailler était évidemment compliquée et nécessitait beaucoup de paperasse.

Artsen aannemen en hen dan honderden kopies laten nemen is niet in overeenstemming met hun taken. Ze moeten een dossier kunnen bestuderen, alle elementen verzamelen en een conclusie kunnen trekken. Men kan geen artsen aannemen om hen uren aan een kopieermachine te laten doorbrengen.

**07.05 Véronique Caprasse (DéFI):** Madame la ministre, vous avez répondu à de nombreuses questions d'une manière précise. Il est vrai que ce cas particulier antérieur à 2010 est interpellant. J'ai déjà interrogé le ministre Geens sur ce cas bien précis. Il m'a renvoyée vers vous. Les deux ministres se renvoient la balle. Dans de tels cas, n'y aurait-il pas moyen de trouver un système? Pourrions-nous réfléchir à ce que la Santé et la Justice puissent s'associer pour résoudre des problèmes aussi graves?

Un hôpital ne reconnaît pas de faute suite à la mort d'un bébé. La maman a déjà dépensé plus de 30 000 euros en frais de justice. Aura-t-elle un jour l'espoir d'être remboursée de tout ce qu'elle a dépensé? Pour l'instant, elle ne fait pas son deuil. Cette femme est complètement désarçonnée. Je pense qu'il y a des cas pour lesquels il faudrait quand même prévoir aussi quelque chose, même si le Fonds intervient pour les cas postérieurs à 2010.

**07.06 André Frédéric (PS):** Madame la ministre, je vous remercie pour le caractère complet de votre réponse. La bonne nouvelle, c'est que vous êtes consciente du problème. Vous l'exprimez et je vous en remercie.

Si j'ai bien noté les chiffres, en 2017, il y a eu 507 demandes; 95 dossiers ont été clôturés en capital et 5 en rente. Cela met quand même en évidence de façon très claire le différentiel en défaveur des victimes.

Vous mettez en place l'accompagnement par les associations de patients. Cela va dans le sens que nous avons toujours réclamé d'accompagnement des victimes, qui ne doivent pas systématiquement faire la preuve qu'elles ont été victimes.

Il reste quand même de façon très concrète et matérielle l'organisation pratique de la gestion de ces dossiers. D'une part, on dit qu'il faut du personnel qualifié. D'autre part, on dit que le personnel qualifié n'est pas là pour faire des photocopies. Je suis d'accord. Mais il faut quand même bien, à un moment donné, que l'on puisse mettre en œuvre des conditions professionnelles suffisamment attrayantes pour qu'il y ait des médecins pour traiter. Il y a des gens qui sont victimes, qui réclament un juste dû, et qui attendent. Cela me paraît inacceptable.

**07.07 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u geeft een aantal voorbeelden van hoe u een paar problemen kunt oplossen. U hebt het over meer digitaliseren, moderniseren, een andere aanpak, het verschil tussen dossiers met kleine gevolgen en dossiers met grote gevolgen. Dat zijn wel wat maatregelen, maar zoals u zelf ook zegt, is het bijna onmogelijk om artsen te vinden en te houden omdat het statuut niet aantrekkelijk is en omdat ze elders meer kunnen verdienen.

Er is eigenlijk maar één conclusie te trekken, namelijk dat het fundamenteel niet opgelost geraakt en dat er duidelijk middelen te kort zijn. Ik herinner mij nog de discussies over de patiëntenrechtenwet. Dit fonds was daarvan een soort uitloper om niet in Amerikaanse toestanden te verzeilen, maar het fonds zal onvermijdelijk meer middelen nodig hebben of het zal nooit functioneren.

**07.08** Minister **Maggie De Block**: Het gaat niet over de middelen. Het fonds heeft zijn middelen. Het kader geraakt niet ingevuld. De middelen zijn er.

Ik heb dat probleem ook gehad op de Dienst Vreemdelingenzaken, toen ik artsen moest aanwerven. In het algemeen worden artsen bij de overheid slechter betaald dan in de privésector. Dat is het. Als de werkomstandigheden dat niet wat compenseren, dan zijn ze weg.

We werven ze aan en als ze kunnen, zijn ze weg of ze weigeren te komen. Dat is een algemeen probleem bij de overheid. Gelet op de demografische situatie van het RIZIV en andere diensten, denk ik dat wij daar een probleem zullen krijgen, maar dat gaat over de vraag hoeveel men de experts wil betalen.

Dat geldt niet alleen voor artsen, maar ook voor ICT'ers, waar er een hevige concurrentie is met de privésector enzovoort. Tal van gespecialiseerde functies zijn niet gebaat bij de tarieven die niet alleen gelden bij de federale overheid, maar ook in Vlaanderen en Wallonië. Dat is een groter debat dan alleen dat over de middelen van het Fonds voor de medische ongevallen.

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

**08** **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de derde-betalersregel" (nr. 22849)**

**08** **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la règle du tiers payant" (n° 22849)**

**08.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, zoals u weet zijn wij voorstander van een algemene derde-betalersregeling. Wij hebben in januari 2015 een wetsvoorstel in die zin ingediend.

U stelde steeds dat u de evaluatie van de verplichte derde-betalersregeling voor personen met een verhoogde tegemoetkoming wilde afwachten, alvorens ter zake verdere beslissingen te nemen. Wij hadden eerlijk gezegd gehoopt deze evaluatie vorig jaar al te kunnen inkijken, teneinde een aantal besprekingen te kunnen voortzetten.

Ondertussen is gebleken dat de evaluatie in de eerste helft van dit jaar beschikbaar zal zijn. Klopt dat? Wanneer zal ze beschikbaar zijn? Bent u van plan om, op basis van deze evaluatie, beslissingen te nemen in verband met de uitbreiding van de derde-betalersregeling?

**08.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, in de bestuursovereenkomst met het RIZIV is inderdaad gestipuleerd dat er een evaluatie zal gebeuren van de verplichte sociale derde-

betalersregeling bij de huisartsen voor personen die de verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten. In artikel 11 van de bestuursovereenkomst staat dat het RIZIV zich ertoe verbindt om de maatregelen te evalueren. Artikel 53 van de ZIV-wet voorziet in een verplichting voor de huisartsen om een derde-betalersregeling toe te passen voor bepaalde geneeskundige verstrekkingen verleend aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

De wet voorziet in de mogelijkheid om deze uit te breiden naar andere categorieën van sociaal verzekerden. Hiervoor zal worden gebruikgemaakt van de evaluatie van deze verplichte derde-betalersregeling.

De maatregel van de verplichte sociale derde-betalersregeling is ingegaan in oktober 2015. De bestuursovereenkomst preciseert dat tegen eind 2017 een evaluatie zal worden gemaakt met een nota die zal worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. Er werd mij inmiddels meegedeeld dat dit evaluatierapport momenteel wordt afgewerkt en binnenkort ter kennis zal worden gebracht van het Verzekeringscomité.

Welke beslissingen of maatregelen dan nodig zijn zal afhangen van het advies dat ik van het Verzekeringscomité zal krijgen en van de elementen in het rapport.

**08.03 Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, dat vind ik niet meer dan logisch.

Het rapport zou echter klaar zijn eind 2017. Zo staat het trouwens ook in de bestuursovereenkomst. Daarna bleek het in de eerste helft van dit jaar te zijn, en nu zegt u dat het binnenkort zal zijn. Ook als ik mijn vraag elders stel, krijg ik een vaag antwoord. Ik ben dus benieuwd wanneer wij het rapport zullen zien. Als het nog een maand duurt, zal ik mijn vraag opnieuw stellen.

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

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

- de heer **Alain Top** aan de minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "**de hervorming van de dringende medische hulpverlening**" (nr. 22857)

- de heer **Alain Top** aan de vice-eersteminister en minister van **Veiligheid en Binnenlandse Zaken**, belast met de **Regie der Gebouwen**, over "**de hervorming van de dringende medische hulpverlening**" (nr. 23034)

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

- **M. Alain Top** à la ministre des **Affaires sociales et de la Santé publique** sur "**la réforme de l'aide médicale urgente**" (n° 22857)

- **M. Alain Top** au vice-premier ministre et ministre de la **Sécurité et de l'Intérieur**, chargé de la **Régie des Bâtiments**, sur "**la réforme de l'aide médicale urgente**" (n° 23034)

**09.01 Alain Top** (sp.a): Mevrouw de minister, ik zal mij beperken tot de vraag die ik aan u had gesteld, want die is gelijkaardig aan de vraag die aan de minister van Binnenlandse Zaken gericht was.

Halfweg 2016 ontving onze hulpverleningszone Fluvia sprekers van de FOD Volksgezondheid. Volgens de medewerkers van uw ministerie zou de dringende medische hulpverlening vanaf 2017 een nieuwe werking en financiering krijgen. De brandweerzones wachten al twee jaar op een nieuwe regeling. De huidige regeling is voor de hulpverleningszones niet langer of moeilijk werkbaar. Door de besparingen bij de verschillende zones duurt het soms lang, heel lang, voordat een ambulance ter plaatse komt.

Begin februari 2017 stelde ik daarover al een vraag. U zei toen dat het ging om een heel grote hervorming en dat u er samen met de minister van Binnenlandse Zaken de nodige middelen voor zou vrijmaken.

Ik heb daarover de volgende vragen.

Ten eerste, wat is vandaag de stand van zaken in dat dossier?

Ten tweede, hoeveel extra middelen zijn er vrijgemaakt voor 2018? Zijn die middelen volgens u voldoende om de beloofde hervorming dit jaar te kunnen uitvoeren?

Ten derde, hoeveel ambulances zijn er vandaag erkend en dus gesubsidieerd? Is er al een beslissing

genomen over dat aantal in de toekomst? Zo ja, over hoeveel ambulances gaat het? Komt of is er een wijziging in de erkenningsvoorwaarden?

Ten vierde, op welke wijze zal de financiering verlopen in het nieuwe voorstel? Welke invloed zal die hebben voor de gemeenten, de hulpverleningszones en de patiënten?

Ten slotte, kunt al een toelichting geven bij de nieuwe werkwijze? Welke gegarandeerde aanrijtijden hebt u voor ogen in die nieuwe werking? Welke garanties hebt u dat die aanrijtijden ook daadwerkelijk gehaald zullen worden? Hoe kunt u die waarborgen? Zult u controles inbouwen?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Top, tijdens de thematische Ministerraad van 13 en 14 mei 2017 heb ik het dossier "hervorming van de dringende medische hulpverlening" op de agenda van de regering gebracht. Er werd voor die hervorming een bijkomend jaarlijks budget van 35 miljoen vrijgemaakt. Daar moet ik aan toevoegen dat in deze legislatuur, onder de huidige regering, het bedrag voor de dringende medische hulp verdrievoudigd is. Voorheen was de dringende medische hulp te weinig gefinancierd.

U vraagt of de huidige budgetten volstaan. Welnu, het klopt dat ik voor dat dossier meer geld had gevraagd, namelijk zowat 100 miljoen, om alles te kunnen uitvoeren wat binnen de grotere hervorming valt. Het huidige budget is echter niet onbelangrijk en, zoals ik net zei, ik had al meer budget gekregen. Met dit belangrijk budget zet ik een hervorming op die de beste basis kan vormen voor een latere, nog bredere hervorming. Daarom heb ik onmiddellijk na die Ministerraad samen met mijn administratie prioriteiten geïdentificeerd. Die prioriteiten werden verder uitgewerkt in hervormingstrajecten.

Het resultaat van die werkzaamheden, in de nota die wij "35 miljoen" hebben genoemd, hebben wij ter advies voorgelegd aan de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Dat is een multidisciplinaire raad die alle partners omvat binnen de dringende medische hulpverlening. Gelet op het belang van deze hervorming en de financiële component ervan, heeft de raad zijn bureau voor dat dossier nog weten uit te breiden met de verzekeringsinstellingen en het RIZIV. Dat uitgebreid bureau van de raad heeft gewerkt aan een nota die in de plenaire vergadering van de raad gunstig onthaald werd.

Gewapend met deze adviezen heb ik dan ook aan de administratie de opdracht gegeven deze nota te operationaliseren. Er werd eind 2017 al aan elke Provinciale Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening gevraagd een overleg op te starten teneinde een foto te maken van de organisatie van deze DGH binnen de provincie en ook potentiële verbetertrajecten te identificeren.

In 2018 zal de patiëntenfactuur ook leesbaar en transparant worden gemaakt, en zal ook de nieuwe permanentiesubsidie voor de ziekenwagendiensten worden ingevoerd. Als zij nu niet moeten uitrijden, worden zij immers niet betaald. Deze permanentiesubsidie zal helpen de grootste kosten beter te financieren, met name de personeelskosten. Om die reden zal de permanentiesubsidie via een puntensysteem de personeelskosten opvolgen. Zo is permanentie tijdens de dag organiseren goedkoper dan tijdens de nacht en in het weekend, of is een permanentie organiseren op een standplaats duurder dan via een oproepbare wacht. Wij zullen hiertoe een toelagen-KB en een toelagen-MB wijzigen.

In 2019 zal de forfaitaire facturatie worden ingevoerd en zal er komaf worden gemaakt met de ongelijkheid die vijftig jaar heeft bestaan binnen de facturatie. U heeft hierover al vragen gesteld. Als men langer moet wachten op een ziekenwagen omdat hij van verder moet komen, moet men nu ook veel meer betalen voor de interventie. Dat is ook het probleem in Wallonië in zeer rurale gebieden. Alle burgers zullen gewoon een forfaitaire kostprijs betalen voor de interventie.

Voor het eerst sinds 1964 zal er ook een *service level* worden ingevoerd bij die dringende geneeskundige hulpverlening. Dit wil zeggen dat men bij 90 % van de interventies binnen de vijftien minuten bij het slachtoffer moet zijn. Ik durf u de huidige kaart niet tonen, maar ik kan u wel zeggen dat dit momenteel zeker niet het geval is.

U vroeg over hoeveel ziekenwagens het ging. In 2017 werden 422 ziekenwagenvertrekken betoelaagd. Niet alle 422 zijn echter permanent beschikbaar op hun standplaats. Hierdoor verlengt de opstarttijd van deze ziekenwagens, ofwel omdat de ambulancier eerst van thuis naar de kazerne moet komen, ofwel omdat de bestuurder van de ziekenwagen eerst de collega moet ophalen. Door deze langere opstartduur hebben wij dan ook meer ziekenwagens nodig om dat serviceniveau te behalen. Indien alle ziekenwagens

vertrekkensklaar op hun standplaats zouden staan, dus met ambulanciers op de standplaats, dan zou het aantal benodigde vertrekken theoretisch kunnen dalen tot 350. Met 350 vertrekken kunnen wij niet alleen de *service level agreement* waarborgen, maar ook garanderen dat 98 % van de interventies binnen de twintig minuten wordt gehaald. Natuurlijk blijft ons streefdoel 100 %.

Driehonderdvijftig is voor mij geen streefcijfer *as such*. Ik streef naar het verhogen van het aantal ziekenwagens met permanentie op de standplaats. Dit streven is een bron voor een win-winsituatie; de borging van de SLA wordt beter en het aantal te organiseren vertrekken daalt, waardoor de personeelsdruk en de financiële druk bij de ziekenwagendiensten dalen en het subsidiebedrag per vertrek stijgt omdat de enveloppe onder een kleiner aantal te verdelen valt.

Teneinde dit alles op te volgen en te controleren, wordt er bij de hervorming ook een toezichttraject opgezet. Op basis van de registratie van de interventiegegevens die wij van de hulpcentra krijgen — een registratie die maximaal zal worden geautomatiseerd binnen de hulpcentra —, zal de borging van de *service level agreement* worden opgevolgd. Deze opvolging, het toezicht door de medische dispatching met betrekking tot het 112-noodnummer en de inspecties op het terrein zullen dan ook de basis vormen voor de beleidsmatige verbetering van dit systeem.

Ik begrijp heel goed dat er veel veranderingen zijn op korte termijn, maar ze zijn nodig. Ik weet dat er wat ongerustheid bestaat bij de ziekenwagendiensten. Sommige mensen zijn liever thuis van wacht dan in de kazerne, maar als zij minder van wacht moeten zijn, beter worden betaald en een betere service kunnen bieden, meen ik dat het al bij al nog zal meevallen.

Het is onze plicht, niet alleen ten opzichte van de burgers die een ambulance nodig hebben, maar ook tegenover de sector die een grondige hervorming heeft gevraagd na vijftig jaar van onderbetaling en onderfinanciering.

We hebben dus veel overleg gehad met die toch wel ingewikkelde sector. Het lijkt me een goede zaak, mochten we die stappen al kunnen doen. Na 2019 moet daarop verder worden gebouwd.

Ik houd het plan zeker klaar, maar we kunnen al belangrijke stappen doen, zowel voor de burger met het forfaitair bedrag en een betere aanrijtijd, als voor de mensen die in de sector werken, met een betere verloning en het einde van de onderfinanciering, waarbij men met tombolalotjes van deur tot deur moest gaan.

**09.03 Alain Top** (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Uw zorg is ook de mijne. Ik heb de vraag inderdaad gesteld om de permanentie en de kwaliteit van de service in het oog te houden, want ik ben bezorgd om de signalen die ik uit mijn en andere zones krijg. Er leeft onrust omdat er gearzeld wordt met investeringen – bijvoorbeeld om nieuw materiaal aan te schaffen – omdat er nog geen duidelijkheid is over de toekomstige financiering.

Ik dring er dus op aan om snel duidelijkheid te brengen, zodat die kwaliteitsvolle hulpverlening aan de burgers wordt gegarandeerd.

Ik kijk ook uit naar het globaal plan dat u in het vooruitzicht stelt, zodat ik kan nakijken of alles wel klopt. Ik geef een voorbeeld dat ik verder wil uitzoeken, samen met de cijfers die ik van mijn zone heb gekregen.

De medewerkers van de zone hebben het uitgerekend en, voor wat het waard is, zij beweren dat de verschuiving van middelen neerkomt op een vermindering. U hebt gezegd dat de forfaitaire bijdrage voor de ziekenwagens werd verhoogd. Uw pleidooi voor 35 miljoen die op een forfaitaire wijze wordt verdeeld over de ziekenwagens, is een verhoging, intussen al een verdrievoudiging. Dat zou aan de andere kant echter gecompenseerd worden door lagere inkomsten via het RIZIV en de terugbetaling. Er bestaat dus een risico dat de zones of zij die de ziekenwagens exploiteren, geen extra inkomsten hebben. Ik volg dit verder op met de zone.

Mevrouw de minister, u had het ook over een KB en een ministerieel besluit inzake de wijzigingen. Kunt u zeggen wanneer dat er zal komen?

**09.04** Minister **Maggie De Block**: Zo snel mogelijk.



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

**10** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "modules over hormoonverstoorders" (nr. 22907)**

**10** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modules d'information sur les perturbateurs endocriniens" (n° 22907)**

**10.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Het secretariaat van het National Environmental Health Action Plan van de FOD Volksgezondheid had aangegeven dat er veertien e-modules opgemaakt zouden worden rond diverse thema's, waaronder hormoonverstoorders en multiblootstelling, zowel in het Nederlands als in het Frans. Ze zouden gratis beschikbaar zijn op de site van de FOD Volksgezondheid, waar iedereen ze zou kunnen lezen, maar ze zouden wel specifiek opgesteld worden voor gezondheidszorgbeoefenaars.

Mevrouw de minister, hoe zal de FOD Volksgezondheid die modules implementeren, zodat ze echt actief worden geassimileerd?

**10.02** **Minister Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, het EH-moduleproject is inderdaad gericht op de creatie en de verspreiding van een reeks modules voor permanente opleiding in de zogenaamde medische milieukunde. Dat zal gebeuren in de vorm van e-learning met of zonder begeleiding. Het project omvat veertien modules, waaronder een over stoffen met hormoonverstorende eigenschappen.

De EH-module gaat eigenlijk over de ontwikkeling van de leerling, of hij of zij een arts dan wel een andere gezondheidsprofessional is. Het is de bedoeling de zorgverstrekkers te helpen, om te evolueren naar een complexer inzicht en een complexere behandeling van ziektes door rekening te houden met alle milieufactoren die mogelijk bij een bepaalde pathologie betrokken zijn.

Bij het opstellen van de modules zullen didactische technieken worden ingezet die wij van andere onlinecursussen kennen, namelijk multiplechoicevragen, quizen, samenwerkingen, gepersonaliseerde feedback, interactieve films en andere middelen.

Er zal ook een beroep kunnen worden gedaan op pedagogen met expertise in nieuwe technologieën, teneinde de modules zo interactief mogelijk te maken.

Het is ook de bedoeling dat de modules kunnen worden gebruikt in de lokale kwaliteitsgroepen van artsen en huisartsen, waardoor het delen van ervaringen tussen deelnemers wordt bevorderd.

De modules zullen ook recht geven op punten voor de accreditatie van de huisarts.

**10.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u.

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

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

- **Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du traitement en cas de déficit en alpha 1 antitrypsine" (n° 22921)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la maladie alpha-1" (n° 23313)**

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

- **mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de behandeling van alfa-1-antitrypsinedeficiëntie" (nr. 22921)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "alfa-1-antitrypsinedeficiëntie" (nr. 23313)**

**11.01** **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, cette maladie de déficit en alpha-1 est une maladie pulmonaire héréditaire dans laquelle un agent de protection des poumons n'est pas suffisamment produit. Quatre personnes sur dix mille sont concernées. Dans les formes graves, les symptômes ressemblent à ceux de l'emphysème. C'est donc très invalidant pour les patients concernés.

Le traitement actuel à base d'extrait de plasma humain est remboursé en France, en Allemagne et aux Pays-Bas, mais il ne l'est pas en Belgique. Seuls les patients diagnostiqués avant juillet 2010 reçoivent ce traitement.

Madame la ministre, ce sont apparemment les firmes Behring et Grifols qui produisent ces traitements. Ont-elles introduit une demande de remboursement pour ce traitement? Si oui, où en est le dossier? En cas de refus du remboursement, quels en sont les motifs?

Quels moyens envisagez-vous de mettre en place pour aider et soigner les personnes atteintes par cette terrible maladie et, en particulier, les personnes diagnostiquées après juillet 2010 ou qui vont l'être à l'avenir?

**11.02 Maggie De Block**, ministre: Madame Gerkens, la firme Behring a introduit un dossier de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique Respreeza auprès de la Commission de remboursement des médicaments, le 5 juillet 2017.

Lorsque je serai en possession de la proposition définitive de la Commission de remboursement des médicaments à l'issue de la procédure, je prendrai une décision en ce qui concerne le remboursement de ce médicament.

Jusqu'à présent, aucune autre firme n'a introduit un dossier de demande de remboursement pour un médicament indiqué dans le traitement du déficit en alpha-1-antitrypsine.

**11.03 Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'espère que l'avis sera rapidement rendu, de manière à ce que les personnes concernées sachent à quoi s'en tenir.

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

La **présidente**: La question n° 22924 de Mme Nathalie Muylle est transformée en question écrite. La question n° 22929 de Mme Renate Hufkens est reportée. Il en est de même pour la question n° 22937 de M. Daniel Senesael. La question n° 22942 de Mme Isabelle Galant est transformée en question écrite.

**12 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "gelinjecties bij kraakbeenletsels" (nr. 22984)**

**12 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les injections de gel en cas de lésions du cartilage" (n° 22984)**

**12.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Bij gewrichtsproblemen ten gevolge van kraakbeenletsels wordt patiënten soms aangeraden om gelinjecties toe te passen. Die worden momenteel niet terugbetaald. De niet-terugbetaling van een therapie is niet altijd het gevolg van bijvoorbeeld een beleidskeuze op basis van een negatieve kosteneffectiviteitsstudie bij de CTG of bij de Commissie Tegemoetkoming Implantaten; dat kan ook te wijten zijn aan het feit dat een firma geen aanvraag heeft ingediend.

Waarom worden gelinjecties niet terugbetaald?

**12.02 Minister Maggie De Block**: Er zijn diverse preparaten voor intra-articulaire toediening op basis van hyaluronzuur op de markt. In de volksmond worden dat inderdaad gelinjecties genoemd. Ze worden aangewend voor de behandeling van kraakbeenletsels, voornamelijk in de knie. Een aantal daarvan dragen de CE-markering van medisch hulpmiddel, terwijl een aantal andere als geneesmiddel geregistreerd zijn of waren.

Geen enkel product uit de categorie Medische Hulpmiddelen werd ooit terugbetaald door het RIZIV. Sinds 2002 werd de terugbetaling van vergoedbare geneesmiddelen uit die categorie stopgezet. De werkzaamheid van de producten staat immers niet vast. Onder meer de wetenschappelijke website UpToDate stelt hierover duidelijk het volgende. "Derivatives of hyaluronic acid have been used for the treatment of patients with osteoarthritis, but there is a lack of robust evidence demonstrating benefit." Men gaat zelfs verder: "There are several short-term adverse effects of intra-articular hyaluronate injections." Ik kan u de referentie hiervan geven. Dat komt uit een publicatie van Neal Roberts Jr uit 2018.

De Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen heeft tot nu toe nog geen officiële aanvragen voor tegemoetkomingen voor dergelijke producten ontvangen. Voor de toenmalige Technische raad werd destijds slechts één dossier voor implantaten ingediend. Dat is geleden van 4 juli 2013 en toen werd een negatief advies gegeven, omdat er onvoldoende wetenschappelijke evidentie was dat de therapie klinisch significante voordelen had ten opzichte van andere therapieën.

**12.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): Bedankt.

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

La **présidente**: La question n° 22989 de Mme Ben Hamou est reportée.

**13** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de schadelijkheid van energiedranken" (nr. 23118)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "energiedranken" (nr. 24077)

**13** **Questions jointes de**

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nocivité des boissons énergétiques" (n° 23118)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les boissons énergisantes" (n° 24077)

Alleen mevrouw Dedry is aanwezig voor het stellen van haar vraag.

**13.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vragen dateren van januari maar ze zijn nog altijd actueel.

In januari was er een oproep van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde voor een verbod op de verkoop van energiedranken aan jongeren onder de achttien jaar. Ook Vlaamse kinderartsen en de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde hebben toen hun bezorgdheden geuit.

De gevolgen van energiedrankjes zijn duidelijk. Ze bevatten te veel cafeïne en suiker en zorgen voor rusteloosheid, hartritmestoornissen, en hebben ook gezondheidseffecten op lange termijn. Ze zijn ook gevaarlijk wanneer ze in combinatie met alcohol worden gedronken, wat nogal eens gebeurt. In uitzonderlijke gevallen zijn er ook jongeren die niet weten dat zij ze een hartstoeornis hebben, en voor hen zijn deze drankjes zeer gevaarlijk, soms met de dood tot gevolg.

Er verscheen in dezelfde periode ook een Canadese studie over de negatieve effecten van energiedranken, waarin eveneens wordt gewezen op een aantal ernstige negatieve effecten van energiedrankjes op de gezondheid, zoals een versnelde hartslag, hoofdpijn, pijn in de borst enzovoort.

Niet alle vermelde partijen zijn voor een verbod, maar ze pleiten allemaal voor strengere maatregelen, zoals een verbod op de verkoop van grote hoeveelheden of minstens duidelijke waarschuwingsstickers op de producten.

De heer Nollet stelde u hierover eerder al een schriftelijke vraag. Daarop antwoordde u dat er bij gebrek aan maatregelen op Europees niveau en indien zou blijken dat bijkomende acties nodig zijn om de volksgezondheid te beschermen, ervoor geopteerd kan worden om via de nationale wetgeving, naast de bestaande limiet van cafeïne in dranken, ook limieten te bepalen voor het gebruik van cafeïne in andere levensmiddelen.

Mevrouw de minister, bent u van mening dat de maatregelen op Europees niveau voldoende zijn? Waarom wel of waarom niet? Zo ja, welke maatregelen werden er tijdens deze regeerperiode geïmplementeerd op Europees niveau? Zult u extra maatregelen nemen? Als u de maatregelen onvoldoende vindt, zult u dan zelf maatregelen nemen? Ik meende dat immers te mogen afleiden uit uw antwoord aan de heer Nollet.

Ten tweede, bent u voor- of tegenstander van voornoemde maatregelen, dus strenger zijn maar bijvoorbeeld

ook een verbod uitvaardigen?

**13.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, om u een idee te geven, het Belgisch Antigifcentrum ontving in 2016 elf en in 2017 dertien oproepen over incidenten in verband met energiedranken bij kinderen. Voor kinderen van vijf jaar of jonger ging het om een incidentele inname. De ingenomen hoeveelheden waren niet verontrustend. Het Antigifcentrum krijgt momenteel ongeveer 145 oproepen per dag. Het centrum kwam dan ook tot de conclusie dat het weinig gecontacteerd werd voor problemen die verband houden met de consumptie van deze energiedranken door kinderen.

Op Belgisch niveau is het cafeïnegehalte van deze energiedranken beperkt tot 220 mg per liter om de risico's van een mogelijke overconsumptie te beperken. Bij plantenextracten met cafeïne moet deze grenswaarde ook in aanmerking worden genomen. Bovendien is in de Europese verordening nr. 1169/2011 betreffende de verstrekking van voedselinformatie aan consumenten vastgelegd dat voor energiedranken met meer dan 150 mg per liter het cafeïnegehalte en de waarschuwing op het etiket als volgt moeten worden vermeld: "Hoog cafeïnegehalte, niet aanbevolen voor kinderen en vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven."

Het vitaminegehalte wordt geregeld door het koninklijk besluit van 3 maart 1992 betreffende het in de handel brengen van nutriënten en andere voedingsmiddelen waaraan nutriënten werden toegevoegd. Voor taurine heeft de Europese autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) in 2017 een specifiek advies uitgebracht over dit ingrediënt in energiedranken. Zij kwam tot de conclusie dat taurine geen risico inhoudt bij regelmatige consumptie van energiedranken.

De consumptiegegevens van cafeïne afkomstig van de laatste voedselconsumptiepeilingen van 2014 tonen aan dat voor 0,04 % van de kinderen en 0,08 % van de adolescenten de maximale aanbevolen limiet van de EFSA wordt overschreden.

Deze studie toont eveneens aan dat verhoudingsgewijs de bijdrage van cafeïne via de energiedranken niet zo belangrijk is als men zou verwachten. Het zijn de traditionele frisdranken die de grootste bijdrage leveren. De huidige limiet voor cafeïne in energiedranken beschermt volgens hen de consument voldoende.

De bestaande Europese en nationale wetgevingen waarborgen een hoog niveau van veiligheid voor de consument. Ik ben dan ook niet van plan om verbodsmaatregelen of andere maatregelen te nemen op het vlak van de verkoop van dergelijke producten. Zoals voor alle voedingsmiddelen is overmatige consumptie het probleem bij dat soort van producten. Matige of liever geen consumptie is het beste om dat risico te vermijden.

Er was een vraag van mevrouw Fonck samengevoegd, die ik toch wil beantwoorden.

Zij refereerde aan een specifieke studie van *Test Aankoop*.

Deze studie is ons echter niet bekend. Misschien was dat een artikel en geen studie, maar de cijfers van de laatste voedselconsumptiepeiling leren ons dat 62,6 % van de veertien- tot zeventienjarigen zegt nog nooit zoiets te hebben gedronken, 26,3 % zegt dat minder dan één keer per week te doen, 3,3 % één keer per week, 5,2 % twee à vier keer per week en 0,7 % meer dan dat. Die voedselconsumptiepeiling dateert van 2015. De volgende peiling zal uitwijzen of de aantallen aan het oplopen zijn.

Zoals ik al heb gezegd, is de Europese verordening nr. 1169/2011 over de inlichtingen die gegeven moeten worden aan de mogelijke gebruikers van energiedrankjes geldig. Daar staat ook in dat die waarschuwing erop moet staan. De richtlijnen zijn geharmoniseerd op Europees niveau. Ik heb op dit ogenblik geen enkele intentie om daarin een verandering te brengen.

**13.03** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

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

**14** **Question de M. Damien Thiéry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement du médicament Spinraza" (n° 23090)**

**14** **Vraag van de heer Damien Thiéry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de**

## terugbetaling van het geneesmiddel Spinraza" (nr. 23090)

**14.01 Damien Thiéry** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, les amyotrophies spinales sont des maladies neuromusculaires rares qui sont caractérisées par une perte progressive des fonctions motrices. Elles sont très invalidantes et provoquent des difficultés motrices. Dans les cas les plus sévères, elles mènent à la paralysie et même au décès.

Les patients atteints de cette maladie et leur famille n'avaient jusqu'à très récemment, pas ou peu d'espoir d'être soignés. Mais les progrès de la recherche médicale et les tests cliniques ont mené à la production d'un médicament efficace. En juin 2017, l'Agence européenne des médicaments a approuvé Spinraza comme premier traitement pour l'amyotrophie spinale. Ce médicament permet la production de la protéine "survival motor neuron". Les examens cliniques montrent une nette amélioration des fonctions motrices, comme cela n'avait jamais été observé lors du processus naturel d'évolution de la maladie. Les avancées paraissent importantes. En outre, il semblerait que le dossier aurait déjà été introduit au niveau de la Commission de remboursement des médicaments (CRM).

Madame la ministre, pouvez-vous faire le point sur ce dossier? La CRM a-t-elle déjà remis un avis? Dans l'affirmative, quelles sont les modalités de remboursement envisagées? Tous les patients SMA seront-ils pris en compte ou, au contraire, des restrictions pourraient-elles être envisagées, par exemple en fonction du stade de la maladie? Dans la négative, pouvez-vous préciser les échéances qui nous permettraient d'avoir plus d'informations?

**14.02 Maggie De Block**, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, en Belgique, l'admission sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ne peut être faite que si le demandeur a introduit une demande d'admission pour la spécialité pharmaceutique concernée. Dans ce cas précis, la firme Biogen a introduit, le 12 janvier 2018, un dossier de demande de remboursement pour la spécialité pharmaceutique Spinraza auprès de la Commission de remboursement des médicaments.

Le dossier est donc actuellement en cours d'évaluation par la Commission de remboursement des médicaments. La procédure étant confidentielle, je ne peux malheureusement pas encore vous donner plus d'informations sur l'issue de ce dossier. Il revient à la CRM d'expliquer son choix, positif ou négatif, dans l'avis qui sera donné.

**14.03 Damien Thiéry** (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. J'entends bien que la procédure est confidentielle. Aurions-nous, à tout hasard, déjà une idée du timing de la procédure, pour savoir plus ou moins quand nous aurons une réponse? J'entends votre volonté de communiquer dès que nous aurons davantage d'informations.

J'imagine qu'il sera fait référence au niveau de remboursement de ce médicament dans d'autres pays européens. Nous avons constaté que dans certains autres pays, il y a, en fonction du niveau de la maladie, un remboursement ou pas. Certains pays remboursent les trois paliers de la maladie, tandis que d'autres ne remboursent que les paliers 1 et 2. Je crois qu'il serait intéressant d'avoir cette discussion avec la Commission de remboursement des médicaments.

**14.04 Maggie De Block**, ministre: Je suis sûre que la Commission de remboursement des médicaments tient compte des modalités en vigueur pour ce médicament dans les pays voisins.

Sur le timing, je dois vous dire que cela dépend. Parfois, c'est quelques semaines, parfois des mois. Cela dépend de la complexité du dossier mais aussi des études qui ont été réalisées, des décisions qui ont été prises dans les pays voisins. Comme je l'ai dit, je ne peux pas leur dire d'aller plus vite. Ils sont tout à fait indépendants dans leurs conclusions, mais aussi, et je le regrette un peu, dans leur timing.

**14.05 Damien Thiéry** (MR): Je vous remercie.

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

**15 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "3D-geprinte implantaten" (nr. 23103)**

**15 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des**

## implants imprimés en 3D" (n° 23103)

**15.01 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik refereer aan een persbericht van het KCE, dat zijn bezorgdheid heeft geuit over de snelle opgang, de veiligheid en de doeltreffendheid van deze 3D-geprinte implantaten.

Volgens het KCE is er geen overtuigend bewijs dat deze 3D-geprinte implantaten veilig en doeltreffend zijn als klassieke producten. Het zou ook geen besparingen opleveren voor onze gezondheidszorg. Nog belangrijker is dat het KCE ook zijn twijfels heeft geuit bij de voordelen voor de patiënt. Het is namelijk onduidelijk of patiënten altijd op de hoogte zijn van de financiële gevolgen, van de eventuele evidencebased of wetenschappelijke onzekerheid van het hulpmiddel, en vooral van het bestaan van terugbetaalde tarieven en initiatieven.

Het KCE heeft een aantal adviezen en aanbevelingen geformuleerd. Zo zouden nieuwe 3D hoogrisico-implantaten beperkt moeten worden tot gespecialiseerde centra. In een andere aanbeveling zou het RIZIV de veilige 3D-hulpmiddelen, waarvan de toegevoegde waarde nog niet is aangetoond, toch kunnen terugbetalen maar dan aan hetzelfde bedrag, en niet hoger, dan de reeds bestaande klassieke alternatieven. Indien er geen klassiek alternatief bestaat, kan het RIZIV per geval beslissen of het terugbetaalt. Dit is ook een aanbeveling. Een chirurg moet een patiënt altijd bijzonder goed inlichten – dat gebeurt nu niet – zodat de patiënt een geïnformeerde keuze kan maken. Ten slotte moet er een samenwerking komen tussen overheidsdiensten om onderzoek te ondersteunen en aan te moedigen.

Mevrouw de minister, ik heb daarover de volgende vragen.

Bent u het daarmee eens? Gaat u akkoord met de inzichten die door het KCE worden voorgelegd?

Kan u zich vinden in de aanbevelingen die het KCE doet? Zal u ze overnemen? Op welke manier zal u dat doen? Welke timing zal u daarbij hanteren?

**15.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, ik lees hier juist dat de badeendjes van de kinderen ook een gevaar voor de gezondheid inhouden. Ik zei net tegen mijn medewerker dat het nu wachten is op vragen over de badeendjes.

Het rapport van het Kenniscentrum is al ingediend.

**15.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): (...).

**15.04 Minister Maggie De Block:** Het rapport van het Kenniscentrum betreffende het verantwoord gebruik van die hoogrisicovolle medische hulpmiddelen bevat aanbevelingen die relevant en waardevol zijn voor de patiëntveiligheid. De aanbevelingen zullen door mijn administratie nauwgezet worden onderzocht, om te kunnen stellen dat wij die 3D-techniek duurzaam kunnen inkantelen in onze gezondheidszorg en met garanties voor de veiligheid van de patiënt.

Aangezien de techniek in kwestie snel evolueert, is het uiteraard de bedoeling ter zake ook vooruit te gaan.

Ik wil er de nadruk op leggen dat de voorlichting van patiënten door hun arts over de keuze van medische hulpmiddelen, maar ook over de aan die keuze verbonden risico's en de mogelijke alternatieven en risico's daarvan, ook deel uitmaakt van de uitleg die zij in het kader van hun vertrouwensrelatie arts-patiënt moeten krijgen.

Ik geef u intussen al mee dat de bewuste techniek in het huidig kader rond medische hulpmiddelen is ingepast. Daartoe introduceert de wet van 15 december 2013 het concept van de implantatenkaart, die de basis van het Centraal Traceringregister (CTR) vormt. Die databank wordt nu door dertien ziekenhuizen gevoed, hoewel het gebruik nog niet is verplicht. Een uitvoeringsbesluit dat de rechtsgrondslag schept om die verplichting in te voeren moet nog worden gepubliceerd.

Het CTR bevat ook tools waarmee gegevens kunnen worden geanonimiseerd, om ze met andere databanken te kruiscontroleren, bijvoorbeeld in het kader van epidemiologische studies. Er zijn in dat kader ook een aantal lopende besprekingen tussen mijn diensten bij het geneesmiddelenagentschap (FAGG) en het RIZIV over de compatibiliteit van hun computersystemen en de verstrekking van de elektronische

gegevens waarover zij beschikken.

Daarnaast is het FAGG ook een actieve deelnemer aan de Europese besprekingen als het gaat over de uitvoering van nieuwe verordeningen, zoals de verordeningen nrs 745/2017 en 746/2017 betreffende de medische hulpmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, de zogenaamde recast. Het agentschap heeft daarbij ook aandacht voor de uitdagingen die de op maat gemaakte 3D medische hulpmiddelen stellen.

Ten slotte maken de eisen met betrekking tot medische hulpmiddelen die in een ziekenhuis gemaakt worden ook deel uit van de aandachtspunten van het agentschap.

**15.05** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Ik hoor in uw antwoord niet direct dat u de bezorgdheden van het KCE deelt en met hun aanbevelingen rekening wenst te houden. Heb ik dat verkeerd begrepen?

**15.06** Minister **Maggie De Block**: Ik heb gezegd dat het rapport van het KCE aanbevelingen bevat die relevant en waardevol zijn voor de patiëntveiligheid. Die worden nauwgezet onderzocht en meegenomen in de aanpassingen die de administraties moeten maken.

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

**16** **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de klachten die de Orde der artsen ontvangt"** (nr. 23106)

**16** **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les plaintes introduites auprès de l'Ordre des médecins"** (n° 23106)

**16.01** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, in februari 2017 heb ik schriftelijke vraag nr. 1415 gesteld. De antwoorden waren redelijk algemeen, maar u zou navraag doen bij de Orde van artsen om mij nog een aantal gegevens te bezorgen. U had de Orde ook voorstellen gevraagd om haar procedures te moderniseren. Er stond geen concreet tijdspad in dat antwoord, terwijl de vraag nu toch al meer dan een jaar oud is.

Kunt u mij een concreet tijdspad geven voor de uitrol van de maatregelen die u hebt vermeld in antwoord op mijn parlementaire vraag van een jaar geleden?

**16.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik heb inderdaad een antwoord gegeven, maar bijkomende gegevens van de Orde bleven uit. U hebt uw schriftelijke vraag op 21 februari ingediend en het antwoord werd op 31 maart gepubliceerd. Binnen die termijn beschikten wij nog niet over de gegevens.

Ik vraag aan mijn administratie om altijd zo snel mogelijk een antwoord op te stellen, wat gelet op de overvloed aan zowel schriftelijke als mondelinge vragen niet zo gemakkelijk is. Over de Orde der artsen heb ik echter geen zeggenschap; ik heb daar geen enkele hiërarchische bevoegdheid om gegevens op te vragen. Ik hoop u er niet op te wijzen dat die Orde een soort tempel is.

Het bureau van de Nationale Raad van de Orde heeft mij ondertussen wel een statistiek bezorgd voor de voorbije vijf jaar over alle beslissingen die onder de expertises vallen. Die statistiek zal ik u op papier overhandigen, want ik zal die hier niet geheel voorlezen. U zult wel voor ogen moeten houden dat die statistiek niet verder uitgesplitst kon worden. Vaak is enkel het cijfer 1, 3 of 2 vermeld; het is ook niet altijd mogelijk om die uit te splitsen. De statistiek bevat ook expertises in verband met onder andere verzekeringsdossiers.

De statistiek over een periode van vijf jaar leert ons het volgende over de sancties: zonder gevolg, 18; geen sanctie, 1; buitenvervolginstelling, 1; een waarschuwing, 1; een schorsing van acht dagen, 0. Er werd één schorsing opgelegd, maar in beroep kwam er een vrijspraak, omdat de betrokken arts intussen was overleden. Er was één schorsing van twee maanden. Het totaal bedraagt dus drieëntwintig en dat allemaal over vijf jaar.

Er loopt momenteel overleg met de Orde van artsen over een hervorming. Een van de punten daarbij is de verhoging van de transparantie en de opmaak van een gemakkelijk toegankelijk repertorium voor de beslissingen van artsen. De beslissingen die zij hebben genomen, maken daar deel van uit. We zijn daarin

redelijk ver gevorderd. Twee weken geleden had ik nog een bespreking over wat we van plan zijn met de Orde en was er een rapport daarover.

Natuurlijk gaat het over meer; het gaat ook over de mogelijkheid dat patiënten kunnen worden gehoord en dat bewijsmateriaal kan worden geleverd. Ik hoop dat we een consensus kunnen bereiken, maar ik zeg u dat het niet simpel is om in zo'n oud instituut een verjonging, een vereenvoudiging of meer inspraak voor de patiënten tot stand te brengen. We blijven wel ons best doen om dat te bereiken.

**16.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik denk dat het woord "tempel", "klooster" of "gesloten convent" goed gekozen is.

Een en ander gaat inderdaad tergend traag.

La **présidente**: Je me souviens que des propositions venant de l'Ordre étaient annoncées en juillet 2017.

**16.04 Maggie De Block**, ministre: Ils ont donc déjà donné plusieurs avis. Nous avons également eu des négociations. J'ai aussi assisté à un colloque à l'ULB, en présence de près de 300 médecins. J'y ai présenté les grandes lignes de notre réforme. Nous avons appelé les associations de patients de la LUSS et la Vlaams Patiëntenplatform à formuler leurs propositions pour les patients.

La **présidente**: À l'heure actuelle, on ne peut donc pas encore donner de calendrier.

**16.05 Maggie De Block**, ministre: Non.

La **présidente**: À suivre.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La question n° 23120 de Mme Nawal Ben Hamou est reportée.

**17 Vraag van de heer Jan Vercammen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onterecht aanrekenen van ligdagen" (nr. 23188)**

**17 Question de M. Jan Vercammen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la facturation de journées d'hospitalisation indues" (n° 23188)**

**17.01 Jan Vercammen** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een praktisch voorbeeld was een klacht naar aanleiding van een factuur van het UZ te Jette, al zijn soortgelijke berichten zeker en vast niet exclusief voor deze instelling. Naar aanleiding van deze klacht ben ik toch even in de pen gekropen. Inderdaad, het ging om personen die vóór 14 u 00 uit het ziekenhuis vertrokken maar aan wie toch nog een ligdag werd aangerekend, terwijl dat niet zou mogen.

Misschien is hij inmiddels afgelopen, maar er was omtrent de facturatie een procedureslag aan de gang tussen de ziekenfondsen en het UZ van Brussel. Immers, op die manier wordt het aantal ligdagen opgedreven, evenals de doorgerekende supplementen.

Nochtans is er een recente omzendbrief van het RIZIV, waarvan ik u de referentie heb bezorgd, die duidelijk bepaalt dat er geen kamersupplementen mogen worden aangerekend voor dagen die niet als ligdag worden gefactureerd. De argumenten waarop de Brusselse ziekenhuizen zich baseren lijken erg mager, maar ondertussen rekenen ze de patiënten wel honderden euro extra aan.

Daarom had ik graag geweten wat uw standpunt ter zake is. Volgt u de omzendbrief?

**17.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mijnheer Vercammen, u weet dat er bepaalde facturatiepraktijken zijn waarbij ziekenhuizen onterecht een ligdag aanrekenen als de patiënt uit het ziekenhuis wordt ontslagen vóór 14 u 00. De facturatieregel die in 2013 werd ingevoerd, veranderde de facturatie voor patiënten die op hun eerste dag vóór 12 u 00 worden opgenomen en op hun laatste dag na 14 u 00 naar huis terug kunnen. In dat geval worden een aantal zaken, namelijk opnameforfaits en het persoonlijk aandeel van de patiënt, alleen nog aanrekenbaar op de eerste dag en niet meer op de tweede dag. Voor de volledigheid voeg ik eraan toe dat de aanrekening van het kamersupplement, het forfait



geneesmiddelen per dag en de honoraria nog steeds mogen aangerekend worden de laatste dag. Het supplement dus wel, maar de forfaitaire ligdagprijs niet.

U zegt dat er niet correct zou gefactureerd worden, met andere woorden dat de facturatieregels niet correct zouden worden toegepast. Ik zal zeer duidelijk zijn. Elk ziekenhuis dient zich aan de facturatieregels te houden. Geen enkel ziekenhuis mag daaraan zijn vrije interpretatie geven, niet naar eigen goeddunken en evenmin op basis van het eigen financiële voordeel. Het is voor de individuele patiënt al moeilijk genoeg om alle regels te kennen. Bij een vermoeden van niet-correct factureren kan hij zich wenden tot zijn ziekenfonds. Het is immers een taak van de ziekenfondsen om de ziekenhuisfacturen te verifiëren op eventuele fouten.

Ook de ombudsdienst van het ziekenhuis kan die rol op zich nemen, maar u weet dat patiënten schrik hebben om zich naar iemand te begeven die in het ziekenhuis zelf tewerkgesteld is. Zij hebben dus de keuze tussen het ziekenfonds of de ombudsdienst, maar zij kunnen zich ook tot beide richten.

Als er echt een vermoeden van fraude bestaat, kan ook nog een klacht worden ingediend bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, waarbij tot recuperatie van onterecht gevorderde bedragen en tot het opleggen van een administratieve boete kan worden overgegaan. Wij hebben dat ook opgenomen in as 3 van het pact met de verzekeringsinstellingen, in meerdere actieverbintenissen, onder meer nrs 24, 25 en 26, waarin de rol van de verzekeringsinstellingen bij het controleren van de aangerekende verstrekkingen wordt bepaald. Er wordt een inventaris van de controles a priori en a posteriori gevraagd en er worden afspraken gemaakt over een uitgebreidere toegang tot de gegevens en een gedetailleerde rapportering over de prioriteiten, volumes en resultaten inzake hun controles. Wij kunnen dus optreden op verschillende niveaus.

**17.03 Jan Vercammen (N-VA):** Ik dank u voor uw 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 "het mHealthproject van de VUB inzake telestroke medicine" (nr. 23195)**

**18 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet mHealth de la VUB pour la prise en charge de l'AVC par télémédecine" (n° 23195)**

**18.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik kreeg via de Zebra Academy van het terrein kritische vragen over het mHealthproject inzake *telestroke medicine*, toegewezen aan de VUB. Om te kunnen beoordelen of die kritische vragen al dan niet terecht zijn, zou ik de overeenkomst ter zake zelf moeten bekijken. Kunt u mij die bezorgen?

**18.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw Van Camp, ik heb de overeenkomst betreffende het project AP19 en *in-ambulance telestroke* tussen het RIZIV en het UZ Brussel opgevraagd. Ik heb er geen probleem mee dat u die zou zien, maar men heeft vergeten die vandaag in mijn map te steken.

De eindevaluaties met de prestaties werden op 23 februari afgerond. Momenteel worden alle gegevens, zowel het activiteitenrapport als de financiële verslagen, verzameld. Mijn diensten hebben op 5 maart een persbericht uitgestuurd. Dat persbericht steekt in mijn map, maar de betreffende overeenkomst niet. Wij zullen u die zo snel mogelijk bezorgen.

**18.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Ik ontvang die graag digitaal. Dank u voor uw antwoord.

La **présidente:** On peut l'envoyer au secrétariat.

*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 VAC-therapie" (nr. 23196)**

**19 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la thérapie par pression négative (VAC)" (n° 23196)**

**19.01 Yoleen Van Camp (N-VA):** Mevrouw de minister, ik kom nog even terug op de VAC-therapie. Ik heb u daarover al verschillende vragen gesteld. U zei toen dat VAC-therapie perfect door de thuisverpleging kan worden toegepast en dat daarvoor sinds juli 2017 het nodige was overgemaakt. Nu hoor ik echter op het terrein dat dit nog steeds niet in orde zou zijn.

Mevrouw de minister, wat is de laatste stand van zaken van dit dossier? Wanneer zal dit nu precies mogelijk zijn voor de thuisverpleging?

**19.02 Minister Maggie De Block:** Nog dit jaar zal een proefproject worden opgestart rond negatieve druktherapie of VAC-therapie bij de patiënt thuis. Dit project zal meer duidelijkheid moeten brengen over het verloop van de toepassing van negatieve druktherapie in de thuiszorg, over de financiële impact van deze toepassing en over de wijze waarop verpleegkundigen, patiënten en hun omgeving het gebruik van deze therapie ervaren.

In het geplande project zullen duizend patiënten thuis worden verzorgd met deze negatieve druktherapie. Er moet een registratie van de parameters komen: de duurtijd van de behandeling, de verleende verzorging, de kosten en de beleving van de patiënt en de verpleegkundige. Deze gegevens worden dan verwerkt door een wetenschappelijke equipe om zo beleidsinformatie te genereren.

Een conceptuele nota over dit project is uitgewerkt door mijn beleidscel na contact met verpleegkundigen, ziekenhuizen, leveranciers van materieel en ziekenfondsen. Het RIZIV is nu bezig met de omzetting in concrete procedures en overeenkomsten. Dit zal dan voorgelegd worden aan het Verzekeringscomité, dat uiteindelijk de overeenkomsten moet sluiten. We zijn hier dus ver mee gevorderd, maar het Verzekeringscomité moet de uiteindelijke toestemming geven om die overeenkomsten te sluiten.

Ik weet dat dit op het terrein niet voor alles even evidencebased wordt toegepast. Het is iets nieuws en men gaat het niet altijd alleen toepassen voor zaken waarvoor bewezen is dat het werkt. We moeten er zeker van zijn dat het wordt toegepast voor gevallen waarin er evidentie is, niet voor alles en nog wat. Dan zal het immers geen resultaten opleveren.

**19.03 Yoleen Van Camp (N-VA):** Bedankt, ik hoop dat dit snel geregeld is.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**20 Vraag van mevrouw An Capoen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de HPV-screening" (nr. 23260)**

**20 Question de Mme An Capoen à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le dépistage du VPH" (n° 23260)**

**20.01 An Capoen (N-VA):** Mevrouw de minister, er is al een paar jaar heel wat te doen rond baarmoederhalsscreening en HPV. Talrijke studies spreken zich uit in het voordeel of het nadeel van onder andere een primaire HPV-screening en vaccinatie. Opvallend is dat de meeste studies zich baseren op resultaten in Nederland. Noemen we Nederland niet meestal gidsland? Hoe dan ook is ondertussen al aangetoond dat de cijfers waarop men zich in Nederland baseerde om een primaire HPV-screening in te voeren, volledig fout waren. Men schatte namelijk de prevalentie van hoogrisico HPV-infecties op 5 %. Dat was veel te laag. Nieuwe studies tonen aan dat de prevalentie in Nederland dicht bij de 10 % ligt. Dat is trouwens ook de waarde die in België wordt gehanteerd.

Bijgevolg zijn in Nederland de vrijgemaakte budgetten onvoldoende, want de cijfers waren niet correct. Veel vrouwen vallen uit de screening, want men moest de jaartallen die moesten worden gescreend, optrekken. Die fout mogen wij absoluut hier niet maken.

Een ander probleem dat ik zeer weinig in de studies terugvind, zeker in de studies die pro primaire HPV-testing zijn, is dat 14,7 % van de nieuwe gevallen van invasieve baarmoederhalskanker HPV-negatief zijn. Een op zes vrouwen heeft dus een HPV-negatieve cervixtumor. Bij vrouwen ouder dan 55 jaar is dat zelfs 30 %. Dat is een op drie. Bij hen zal dus de invasieve baarmoederhalskanker aan de hand van een primaire HPV-screening of een HPV-screening volledig worden gemist. Ze zullen door de mazen van het net glippen. Ze zullen onterecht worden gerustgesteld. Zij zullen een invasieve tumor ontwikkelen, omdat ze HPV-

negatief zijn.

Voor Vlaanderen zijn dat ongeveer 35 vrouwen per jaar bij wie men de spino mist. Dat zijn ook 35 vrouwen, die na de uitstrijkjes de boodschap meekrijgen dat ze absoluut niet ongerust hoeven te zijn en pas vijf jaar later terug moeten komen.

Dat enkel primaire HPV-screening doden zou vermijden, moeten wij dus tegenspreken. Wij moeten zeker stilstaan bij de HPV-negatieve tumoren. Die zouden potentieel 35 sterfgevallen meer kunnen opleveren in plaats van minder.

Ik spreek dan nog niet over de eventuele bijvangsten die het huidige uitstrijkje oplevert. Endometriumcarcinomen zijn immers ook HPV-negatief en worden door een ervaren screener heel gemakkelijk teruggevonden in een uitstrijkje.

Die gegevens indachtig heb ik een aantal vragen voor u, mevrouw de minister. Wat is de huidige stand van zaken in verband met de potentiële omschakeling naar primaire HPV-screening?

Hoe ziet u de toekomstige screening?

De belangrijkste vraag is hoe wij ervoor kunnen zorgen dat ook HPV-negatieve tumoren en eventuele bijvangsten nog steeds snel ontdekt worden.

**20.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Capoen, het Kankercentrum van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft een aantal scenario's uitgewerkt met het oog op de omschakeling naar de HPV-test, rekening houdend met de bevindingen van KCE Reports 238 van het Kenniscentrum onder de titel "Welke screening voor baarmoederhalskanker?" Een mogelijke piste is om te komen tot een schema met een HPV-screeningstest eens om de vijf jaar, al dan niet aangevuld met een cytologische test op één tijdstip.

De evidentie voor de stelling dat baarmoederhalsscreening met HPV-tests effectiever is dan cytologie is gebaseerd op gerandomiseerde studies die een lagere incidentie van baarmoederhalskanker aantonen. Recente rapporten uit de Verenigde Staten bevestigen dat de extra bescherming met cotesting, dat is een screening met dunne laagjes cytologie en HPV, ten opzichte van HPV-testing gering is. Het gaat om een studie van Schiffman in de *Journal of the National Cancer Institute* van 2017.

Bovendien moet, zoals gemeld, worden opgemerkt dat er geen bewijs bestaat voor het beschermend effect van een cytologische screening op de incidentie of mortaliteit van endometriumkanker. Ik geloof u dus wel als u zegt dat een getrainde screener dat kan ontdekken. Tot nu toe zijn er echter geen studies die dat onderschrijven, maar dat wordt wel meegenomen. Er wordt nagegaan of ook de cytologische tests een bijdrage kunnen leveren bij het stellen van een diagnose voor HPV-negatieve patiënten.

Zoals ik u zei, bestaan er enkele pistes. Men is er nog niet uit. Er moet nog steeds verder afgetoetst worden, steeds naar meer evidentie gezocht worden. Immers, dit zal weer wat stof doen opwaaien. Sommige mensen laten regelmatig een cytologisch onderzoek uitvoeren. Er zijn ook mensen die veel te weinig onderzoek laten uitvoeren. Ondanks de reeds ondernomen acties, blijkt dat toch nog niet zo'n populair screeningsonderzoek te zijn.

**20.03** **An Capoen** (N-VA): Mevrouw de minister, u verwijst naar het KCE-rapport. Ik heb dat volledig gelezen, u gelooft het of niet, van voor naar achter, in het Engels en de samenvatting in het Nederlands. Het probleem met dat rapport is dat het eigenlijk appels met peren vergelijkt. Op een bepaald moment gaat men studies vergelijken die nog met traditionele, conventionele uitstrijkjes werken en niemand in dit land werkt nog met conventionele uitstrijkjes. Wij zijn al lang overgeschakeld naar *liquid-based monolayers*.

Wat de bijvangst van endometrium betreft, er is geen bewijs dat dit minder invasieve tumoren oplevert. Men kan wel in een vroeger stadium endometriumcellen ontdekken en dit kan een teken aan de wand zijn dat er verder onderzoek nodig is. Dit is niet de juiste test om endometriumtumoren te ontdekken, maar het kan in sommige gevallen wel een belletje doen rinkelen. Om die reden kan de test wel nuttig zijn.

Zelf ben ik geen voorstander van louter HPV-screening, net omdat dan één op zes HPV-negatieve tumoren wordt gemist. Over coscreening valt nog iets te zeggen, al moet worden gewacht tot studies ter zake voor volledige duidelijkheid zorgen.

Ik wil nog even verwijzen naar Nederland. Daar is de toestand momenteel zodanig complex dat de patiënten niet meer komen omdat zij niet weten of zij al dan niet al een HPV-controle hebben gehad. Zij weten ook niet of zij na vijf, zes of tien jaar moeten terugkomen. De vrouwen zijn blijkbaar in de war en komen gewoon niet meer. Dit is natuurlijk wat wij absoluut niet willen.

Het is evident dat de meest invasieve tumoren worden gevonden bij vrouwen die nooit werden gescreend of meer dan tien jaar niet meer werden gescreend. Ik meen dat het belangrijk is op te merken dat we meer tumoren zullen vinden als meer vrouwen zich laten screenen. Of die dan HPV-positief dan wel -negatief zullen zijn, lijkt mij van minder belang.

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

La **présidente**: La question n° 23295 de M. Michel de Lamotte est reportée. À ce sujet, nous avons décidé en commission de faire un état des lieux du dossier du Dieselgate avec les différents ministres concernés. Contact sera pris avec vous, madame la ministre, et avec Mme Marghem.

Les questions n<sup>os</sup> 23306 et 23307 de Mme Catherine Fonck sont transformées en questions écrites.

**21** Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la nomenclature" (n° 23308)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la révision de la nomenclature" (n° 23628)

**21** Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de nomenclatuur" (nr. 23308)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de herijking van de nomenclatuur" (nr. 23628)

**21.01** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, tijdens de voorstelling en bespreking van uw beleidsnota kondigde u aan dat er eind januari resultaten van twee onderzoeken ter beschikking zouden zijn betreffende de herijking van de nomenclatuur.

De eerste studie wordt uitgevoerd door de ULB, in samenwerking met tien ziekenhuizen in Wallonië en Brussel. Daarin worden twee zaken onderzocht, zijnde de identificatie van de praktijkkosten en de relatieve weging van tijd, complexiteit en risico in elke medische discipline.

De tweede studie wordt uitgevoerd door het UZ Leuven. Daarbij zijn uitsluitend Vlaamse ziekenhuizen betrokken. Het nobele doel van deze studie is het heel ingewikkelde BFM te ontrafelen. Ik wens hun daarbij veel succes. Daar zit wel een persoon die de materie helemaal uit het hoofd kent.

Mevrouw de minister, ik heb daarover de volgende vragen.

De studies zijn afgelopen. Kunt u de conclusies ervan met ons delen? Welke verdere stappen zult u zetten in het licht van de conclusies van die studies?

Wat zijn uw plannen voor de hervorming van de nomenclatuur? Hebt u in de studies inspiratie gevonden? Zo ja, welke? Wat is uw timing om daarmee naar het Parlement te komen? Het is een van uw aangekondigde grote werven. Ik veronderstel dat er meer komt dan alleen maar een antwoord op een mondelinge vraag.

**21.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, inderdaad, de studie betreffende de medische prestaties heeft toegelaten om het loon om te functioneren nodig is voor 350 verschillende aktes van de nomenclatuur. Die 350 aktes zijn verdeeld over een dertigtal disciplines, ook van meer technische aard, zoals medische beeldvorming en klinische biologie. De aktes zijn zo geselecteerd dat zij meer dan de helft van de bedragen vertegenwoordigen die aan medische honoraria worden besteed. Voor deze medische aktes heeft de studie ook toegelaten om per discipline een score te geven naargelang van de intensiteit van het medisch werk.

De ontwikkelde methodologie is toegepast op een gelimiteerd aantal nummers van prestaties om ook daar de transparantie te verhogen betreffende de kosten en de tarieven in het kader van de toekomstige hervorming van de nomenclatuur en om een onderscheid te maken tussen het deel van de nomenclatuur dat kosten inzake medische aktes betreft en het persoonlijk deel in de honoraria.

De studie heeft ook aangetoond dat het moeilijk is om dat los te doen van de werf inzake de hervorming van de financiering van de hospitalisatiekosten. Beide hervormingen zouden simultaan moeten verlopen.

Inzake de BMF-studie wijs ik erop dat men een en ander aan het afronden is. Dat moet, naar verluidt, de komende maanden gebeuren.

De administraties die daarvoor worden aangesproken, zullen de opdracht krijgen om na te gaan op welke korte termijn een en ander actief kan worden gemaakt en om aanbevelingen te doen die in de studie zijn gedaan. Er wordt natuurlijk ook nagegaan of het staaft dat in de studie over het BFM is genomen, kan worden verbreed teneinde ook op dat vlak meer resultaten over alle hospitalen in België te krijgen.

Er is ook nog de link met het beheerscontract met het RIZIV. Ter zake hebben professoren Annemans, Pirson en Leclercq hun voorstel, principes en methodologie voor de revaluatie van de nomenclatuur gepresenteerd aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, de medicomut. U weet dat de ene studie door de ene partij en de andere studie door de andere partij was gevraagd.

Het medicomut-akkoord voor 2018-2019 bevat een punt 4.6, dat het volgende stipuleert, en ik citeer.

Daar staat "adaptation de la nomenclature: un groupe de recherche sera chargé d'élaborer des propositions axées sur des objectifs spécifiques tels que l'élimination des différences de revenus déraisonnables entre médecins généralistes et médecins spécialistes et entre médecins spécialistes eux-mêmes".

Voorts is er de inachtneming van de evolutie van de medische activiteit, het verbeteren van de transparantie en de leesbaarheid van de nomenclatuur, de introductie van incentives voor samenwerking en het leveren van meer kwaliteit.

Er is een plan van aanpak in de maak. Dit plan zal een beroep doen op de expertise van op het terrein. Het project heeft als doel om vooruitgang te boeken in de financiering van medische activiteiten. Het zal gecoördineerd worden door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid samen. Onze agenda loopt dus parallel met deze van de medicomut.

Het nationaal akkoord bevat hierover nog het volgende. "De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen heeft kennisgenomen van de werkzaamheden van een aantal universitaire équipes in het kader van de mogelijke herziening van de nomenclatuur en verzoekt een onderzoeksgroep te belasten met het uitwerken van voorstellen waarbij volgende doelstellingen worden nagestreefd." Ik heb ze al genoemd. "In eerste instantie dient de onderzoeksgroep voorstellen op te leveren inzake de standaardisering en de classificatie van de nomenclatuur van medische verstrekkingen, de identificatie van het onderscheid tussen de professionele honoraria en de werkingskosten bij de belangrijkste medische procedures. Een concreet plan van aanpak zal in de komende tijd worden uitgewerkt."

U weet dat zulks al drie of vier keer in het medicomut-akkoord heeft gestaan. Het is de eerste keer dat men zover is geraakt. Ook in tal van andere medicomut-akkoorden stond al dat er werk gemaakt moest worden van de herijking van de nomenclatuur. Natuurlijk kunnen wij dat alleen doen in overleg met de administraties en de betrokken beroepsgroepen. Ik kan u zeggen dat dit echter geen gemakkelijke bevalling is. In dit dossier gaat iedereen meteen op zijn achterste poten staan als men nog maar spreekt over de herijking — die sommigen met twee letters "r" schrijven — van de nomenclatuur. Er is ooit een Belgabericht verschenen waarin "herijking" geschreven stond. Ik denk niet dat dat de bedoeling is.

**21.03 Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de vraag is of het toeval was dat het woord met twee letters "r" werd geschreven, aangezien dan het woord "rijk" erin voorkomt.

Ik weet dat het een moeilijke bevalling is. Daar ben ik van overtuigd, net als u.

U zei "in de komende tijd", maar wanneer precies zult u met een voorstel naar het Parlement komen?

**21.04** Minister **Maggie De Block**: Natuurlijk zal ik ermee naar het Parlement komen. Maar eerst moet alles worden bestudeerd en moeten er opmerkingen worden geformuleerd. Ik denk niet dat het Parlement die moeilijke bevalling ineens tot een goed einde kan brengen.

Als men tot een concreet voorstel kan komen, dan kan ik eraan voortwerken, maar eerst moet het ei worden gelegd.

Je suis dans l'esprit de Pâques, madame la présidente.

**21.05** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Maar dan geen fipronilei.

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

La **présidente**: Le point suivant sont les questions jointes n° 23309 de Mme Fonck et n° 23579 de Mme Dedry. La question de Mme Fonck est transformée en question écrite. Puis-je considérer votre question comme étant également transformée en question écrite, Mme Dedry?

**21.06** **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, op vraag van mevrouw Fonck wil ik dat wel doen, ja.

La **présidente**: Dont acte.

La question n° 23319 de Mme Fonck est également transformée en question écrite.

Mme Van Peel a demandé le report de sa question n° 23333. Les questions nos°23666, 23376 et 23378 de Mme Galant sont transformées en questions écrites. Mme Ben Hamou demande le report de sa question n°23396.

**22** **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Emma" (nr. 23434)**

**22** **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Emma" (n° 23434)**

**22.01** **Karin Jiroflée** (sp.a): Emma is een digitaal platform waar mensen hun medische risico's kunnen berekenen en vervolgens persoonlijk advies kunnen krijgen. Dokter Emma verzamelt daarbij allerhande informatie, onder andere ook analyses van het bloed. Op basis van die informatie maakt Emma dan een risicoprofiel en doet aanbevelingen op het vlak van voeding, levensstijl, beweging en zelfs mentale gezondheid.

Emma zou op 19 februari worden gelanceerd, in eerste instantie alleen in bedrijven, waar een en ander zal worden uitgetest. Later willen de twee oprichters Emma ook bij het grote publiek brengen en het platform integreren in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Dat nieuws, samen met het feit dat u ook al hebt aangegeven dat u eraan denkt het gebruik van bepaalde gezondheidsapps terug te betalen, brengt mij tot een aantal bedenkingen en vragen.

Ik vraag me af wat er gebeurt als mensen te veel vertrouwen hebben in een systeem, in Emma, maar het kan ook iets of iemand anders zijn?

Wat als mensen op basis van de tool verkeerde conclusies trekken? Zo kunnen ze bijvoorbeeld te laat naar de arts gaan of de tool kan foute info geven.

Wie is in al die gevallen aansprakelijk? Wat met de privacy? Is die voldoende gewaarborgd?

Als u spreekt over een terugbetaling van bepaalde apps, wordt dat dan gewaarborgd? Is er geen gevaar voor misbruik door werkgevers of verzekeraars? Ik weet wel dat men zegt dat dit niet de bedoeling is, maar ik durf daarvoor mijn hand niet in het vuur te steken.

Wat zijn uw concrete plannen omtrent dergelijke modernisering? Laat het duidelijk zijn, ik ben daar niet a

priori tegen. Ik denk enkel dat er heel wat voorwaarden moeten vervuld zijn om dat op een veilige manier, zowel inzake volksgezondheid als inzake privacy, te kunnen gebruiken.

**22.02** Minister **Maggie De Block**: Iedere ondernemer is natuurlijk vrij om software op de markt te brengen zolang men de wettelijke regelgeving respecteert. Mocht het platform foutieve informatie verschaffen, waardoor een gevaar voor de volksgezondheid zou kunnen optreden, dan kan het bedrijf via de geëigende juridische kanalen worden aangeklaagd.

Het feit dat de oprichters en enkele medewerkers van Emma artsen zijn, kan inderdaad vertrouwen wekken bij de gebruikers. Emma pretendeert dat haar oplossing de veiligheid van patiënten en burgers verhoogt. Zo zou een chauffeur en zijn werkgever worden gealarmeerd dat men beter niet verder met de vrachtwagen rijdt omdat bepaalde vitale parameters op vermoeidheid of andere risico's wijzen.

Hoe dan ook zal de verantwoordelijkheid bij fouten bij Emma liggen, behalve als men natuurlijk in het contract zeer duidelijk stipuleert in welke gevallen men geen verantwoordelijkheid draagt. In dat geval zal de aanschaffer, de werkgever of de rechtstreekse klant de verantwoordelijkheid dragen.

Momenteel moeten alle softwaretoepassingen reeds de Belgische privacyregeling volgen. Met de nakende GDPR-verordening voor de deur zal men een nog explicietere privacywaarborg eisen. Dat is dus al in mei, dus niet meer zolang.

Dankzij de privacyregels en GDPR zal het niet toegestaan zijn dat gegevens zomaar aan derden, bijvoorbeeld aan verzekeringsinstellingen, kunnen worden overgedragen, noch door de softwareleverancier, noch door de werkgever die deze toepassing voor zijn werknemers had aangeschaft.

Zoals u misschien weet, zullen enkele digitale toepassingen die zich via de validatiepiramidemethode van Mobile Health hebben aangemeld en door de federale overheid goed bevonden zijn, kunnen worden gemerkt als: mag worden geadviseerd of voorgeschreven door de erkende zorgverleners. Voor alle anderen zal dat niet het geval zijn.

Ik heb ook gelezen dat de oprichters het platform vooral willen integreren in de eerstelijnszorg. Ik denk dat de vraag ook aan minister Vandeurzen of aan andere ministers moet worden gesteld. Het gaat over levensstijl, voeding, beweging, mentale gezondheid. De bevoegdheid ligt, enerzijds, bij mij en, anderzijds, bij de Gemeenschappen.

Op dat vlak moeten wij dezelfde lijn volgen, namelijk dat wij voorzichtig moeten zijn.

**22.03** **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u hartelijk voor uw antwoord.

Ik ben blij dat ik bij u dezelfde voorzichtigheid hoor die ikzelf ook heb voor dergelijke gadgets.

Wij zullen er sowieso nog over horen. Het is echter inderdaad misschien een goede suggestie de kwestie ook op Vlaams niveau eens aan te kaarten.

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

**23** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Elapraxe bij Hunter" (nr. 23436)**

**23** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'Elapraxe dans les cas de Hunter" (n° 23436)**

**23.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, op 1 februari verscheen een artikel in de kranten over een nieuw patiëntje met Hunter. Het vermeldde dat voor mensen die al behandeld worden met Elapraxe voor die aandoening de terugbetaling doorloopt maar dat die voorlopig on hold staat voor nieuwe patiënten. Tot dusver was dat geen probleem, tot er nu een nieuw patiëntje opduikt.

Mevrouw de minister, waarom is er eerst beslist tot terugbetaling en staat dat nu on hold? Wordt er binnenkort een beslissing verwacht om dit opnieuw terug te betalen? Wanneer zal dat precies zijn?

**23.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de beslissing om de terugbetaling voorlopig on hold te zetten voor nieuwe patiënten werd in 2011 genomen door mijn voorganger in het kader van de procedure binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen betreffende de individuele herziening van Elaprasediacetate om de vergoedingsvoorwaarden te wijzigen door stopcriteria in te bouwen op basis van beperkte resultaten op lange termijn. De vergoeding werd beperkt tot patiënten die reeds behandeld werden gezien de significante budgettaire overschrijding, de beperkte doeltreffendheid van het geneesmiddel en de blijvende onzekerheden betreffende de werking van Elaprasediacetate.

Op 31 mei 2017 heeft het farmaceutisch bedrijf Shire bij de CTG een aanvraag gedaan tot wijziging van de vergoedingsvoorwaarden, dit met het oog op de terugbetaling van Elaprasediacetate voor nieuwe patiënten die niet in aanmerking komen in de huidige terugbetaling. Het dossier ligt nog ter evaluatie bij de CTG. Zodra de procedure daar is beëindigd, zal ik een beslissing nemen.

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

**24** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hygiënevoorschriften in de ziekenhuizen voor mucoviscidosepatiënten" (nr. 23437)**

**24** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les prescriptions en matière d'hygiène hospitalière pour les patients atteints de mucoviscidose" (n° 23437)**

**24.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, er kwam bij de commissie een verzoekschrift binnen over het verschil inzake hygiënemaatregelen tussen de verschillende ziekenhuizen, aangebracht door de moeder van iemand die aan muco lijdt.

Hebt u dat verzoekschrift ontvangen? Kunt u een antwoord formuleren? Voor zover ik had begrepen van de moeder die het verzoekschrift had ingediend, had zij nog geen antwoord ontvangen.

**24.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ik heb dat nagevraagd, maar wij zijn niet op de hoogte van een verzoekschrift. Wij hebben contact opgenomen met de diensten van de Kamer en na onderzoek bleek dat het bewuste verzoekschrift niet aan mij werd verzonden.

Het recht om een verzoekschrift in te dienen staat in artikel 28 van de Grondwet en artikel 57 van de Grondwet legt vast dat de Kamer van volksvertegenwoordigers het recht heeft de bij haar ingediende verzoekschriften naar de ministers te verwijzen. Artikel 142 van het Kamerreglement bepaalt dan weer dat de Kamervoorzitter de ontvangen verzoekschriften verzendt naar de commissie voor de Verzoekschriften of naar de commissie die bevoegd is voor de aangelegenheid waarop het verzoekschrift betrekking heeft, ofwel beslist de Kamervoorzitter dat zij bij de Kamer ter tafel worden gelegd.

Luidens artikel 143 kan de commissie voor de Verzoekschriften het verzoekschrift zo spoedig mogelijk verwijzen naar de bevoegde minister, naar het College van de federale ombudsmannen of naar de bevoegde commissie. Het verzoekschrift kan ook worden geseponeerd.

Het is mij niet duidelijk in welke fase van de procedure u bent ingelicht over het verzoekschrift. In de Kamer weet men echter niet dat het naar mij is verzonden en mijn diensten weten niet dat het is aangekomen. Ik kan niet meer doen dan mij informeren, want het intrigeert mij.

**24.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mag ik u dan vragen dat het verzoekschrift zo snel mogelijk naar de minister wordt verstuurd?

**24.04** Minister **Maggie De Block**: Ik ben niet zeker dat het hier is.

La **présidente**: Je ne l'ai pas non plus. Il faut que vous nous fassiez parvenir les données. Quand une requête ou une pétition est déposée, c'est le président de la Chambre qui la reçoit. Ensuite, il peut l'envoyer à la commission de médiation avant de nous l'adresser éventuellement.

Il conviendrait donc de constituer un petit dossier. Je veux bien vous aider pour savoir où cela en est, mais c'est avec le président que vous devriez en discuter.



**24.05 Yoleen Van Camp** (N-VA): Wij hebben daarover een e-mail ontvangen van het secretariaat, samen met het verzoekschrift van Axxon. Er was ook een verzoekschrift van mevrouw Brigitte Bouzin. Dit dateert van augustus 2017.

La **présidente**: Ce n'est pas une pétition, mais un courriel qu'elle a envoyé à quelqu'un?

**24.06 Yoleen Van Camp** (N-VA): Nee, van het secretariaat met de melding dat die verzoekschriften beschikbaar waren op het intranet.

La **présidente**: D'accord.

**24.07 Yoleen Van Camp** (N-VA): Het verzoekschrift werd ook toegevoegd.

La **présidente**: En ce cas, on peut voir si l'on veut inscrire ce point à l'ordre du jour de la commission de la Santé publique pour ainsi examiner la pétition, si l'on a reçu un document de la commission des Pétitions. Nous allons vérifier.

**24.08 Yoleen Van Camp** (N-VA): Er werd ook een brief toegevoegd van de voorzitter van de Kamer. Daarin staat dat de brief goed werd ontvangen en werd overgezonden aan de commissie voor de Volksgezondheid.

La **présidente**: Si l'on veut approfondir la question au moyen de propositions, il faut les élaborer. Puis, la commission de la Santé publique pourra s'emparer du sujet.

**24.09 Yoleen Van Camp** (N-VA): Oké, bedankt.

La **présidente**: Nous organiserons l'ordre des travaux le 17 avril. Ce sera peut-être l'occasion d'actualiser les données.

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

**25 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verloning van verpleegkundigen volgens het IFIC-systeem" (nr. 23440)**

**25 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la rémunération du personnel infirmier selon le système IFIC" (n° 23440)**

**25.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in de vorige begrotings- en beleidsnota bespraken wij de premie die voor de verpleegkundigen in de federale sector beschikbaar werd gemaakt. Dit is een mooie opsteker voor de sector, die daar erg naar snakt, zoals in het verleden meermaals werd aangegeven.

Het beleid om elke euro bij Volksgezondheid dubbel om te draaien werkt en begint nu eindelijk vruchten af te werpen. De kosten voor geneesmiddelen en, belangrijk, wat mensen uit eigen zak moeten betalen, zijn gedaald. Er is de sociale derdebetaler bij de huisarts, waardoor zij die het financieel moeilijker hebben, voor één euro naar de huisarts om de hoek kunnen. Dankzij de inspanningen om bijvoorbeeld in te zetten op goedkopere merken van hetzelfde geneesmiddel, krijgt de sector weer ademruimte en blijven de sociale zekerheid en de volksgezondheid betaalbaar. Dat het loon van verpleegkundigen verbetert, is daar ook een mooie vrucht van. De eindejaarspremie in de sector is een mooie opsteker, net zoals de actualisatie van de barema's op basis van functieomschrijvingen, verantwoordelijkheden en de nodige competenties, geïntegreerd in een functieclassificatiemodel. Er zijn op het terrein nog wel wat vragen omtrent de concrete uitvoering daarvan.

Ten eerste, het strakke tijdpad om alle medewerkers te positioneren in dit model vergt heel veel inspanningen, zeker als dit, zoals het hoort, gebeurt met zorgvuldige informatie en documentatie van alle medewerkers. Is dit tijdpad wel realistisch? Wat is het tijdpad?

Ten tweede, op basis van welke tool of welke parameter komt de bijkomende IFIC-betaling er precies? Dus voor welk zorgpersoneel en in welke omstandigheden, onder welke voorwaarden zal het extra loon gelden?

Ten slotte, de nieuwe barema's op basis van het functieclassificatiemodel kunnen niet volledig uitgevoerd worden en dus zal de implementatie gefaseerd verlopen. De termijn is afhankelijk van de budgettaire ruimte die jaarlijks kan worden vrijgemaakt voor IFIC. Is het überhaupt mogelijk als verpleegkundige om nu een keuze te maken om over te schakelen naar het nieuwe barema — recent werd beslist dat de verpleegkundigen daarin een keuze zullen moeten maken — wetende dat de termijn voor 100 % invoering nog onduidelijk is?

**25.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, deze hervorming is effectief belangrijk en er is vele jaren over gepraat. Over het nieuwe loonmodel en de timing ervoor werd door de sociale partners onderhandeld. Dit heeft het voorwerp uitgemaakt van de collectieve arbeidsovereenkomst betreffende de invoering van een nieuw loonmodel voor de federale gezondheidsdiensten, een cao die werd ondertekend op 11 december 2017.

Het beschikbaar budget zal provisioneel verdeeld worden op basis van het aantal voltijdse equivalenten bedoeld door de cao. Tijdens de herziening van het betrokken boekjaar zal de toegekende financiering herzien worden volgens de modaliteiten die nog te bepalen zijn binnen de federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Voor welke werknemers is deze cao van toepassing? Het gaat om de inrichtingen die aan de wet op de ziekenhuizen onderworpen zijn met uitzondering van de autonome categorale ziekenhuizen. Dat zijn ziekenhuizen die enkel beschikken over een G-dienst, dat wil zeggen revalidatie en geriatrische patiënten, ofwel een Sp-dienst, een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie, zoals vermeld in artikel 5, § 1, 1, 3° en 4° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen. Voorts gaat het hierbij om de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven van beschut wonen. Het gaat ook om de werknemers van de forensische psychiatrische centra en voor de revalidatiecentra meer bepaald om de instellingen waarmee het Verzekeringscomité van het RIZIV op voorstel van het College van artsendirecteuren in uitvoering van artikel 22, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 een overeenkomst heeft gesloten en die niet vallen onder de toepassing van artikel 5, § 1 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen. Het gaat tevens om de diensten voor het bloed van het Rode Kruis van België, de thuisverpleging, de medisch-pediatische centra en de verpleging werkzaam in de wijkgezondheidscentra.

De cao is niet van toepassing op het leidinggevend personeel, dus het kaderpersoneel zoals bedoeld in artikel 4, 4° van de wet van 4 december 2007 betreffende de sociale verkiezingen, noch op de artsen, met uitzondering van artsen in wijkgezondheidscentra, die ook gesalarieerd zijn.

De werknemers die ten laatste op 30 april 2018 in dienst zijn getreden, hebben nog de mogelijkheid om al dan niet voor het IFIC-barema te kiezen. Wie in dienst zal treden vanaf 1 mei 2018 heeft die keuzemogelijkheid niet en zal meteen onder het IFIC-barema vallen.

Het verpleegkundig personeel heeft daadwerkelijk de mogelijkheid om een keuze te maken volgens de bepalingen van de cao, met uitzondering van de verpleegkundigen die op 1 januari 2018 recht hebben op de premie voor bijzondere beroepstitel of bijzondere beroepsbekwaamheid. Zij behouden hun bestaande loonvoorwaarden en beschikken dus niet over de keuze in fase 1. De ondertekenende partijen zullen bij elke volgende fase bepalen of deze werknemers de keuze krijgen om al dan niet naar het IFIC-barema over te stappen.

De eerste fase wordt dus momenteel toegepast. De uitbreiding voor de andere groepen zal gebeuren na een volgend overleg. Waarschijnlijk zal telkens de keuzemogelijkheid aangeboden worden, aangezien die keuzemogelijkheid ook nu bestaat.

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

**26** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de responsabiliseringsbijdrage" (nr. 23505)**

**26** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la**

## cotisation de responsabilisation" (n° 23505)

**26.01 Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is ook een dossier dat ik al een tijdje opvolg.

Op mijn laatste vraag hierover antwoordde u dat deze regering, zoals genoteerd in het regeerakkoord, werkt aan een structurele oplossing voor het feit dat het in het BFM voorziene bedrag om de responsabiliseringsbijdrage te dekken de factuur voor heel wat ziekenhuizen absoluut niet dekt. U erkende dat.

Dat hangt als een zwaard van Damocles boven heel wat ziekenhuizen, die deze tekorten echt niet meer kunnen trekken. Vaak gaat het om ziekenhuizen die net hun statutair personeelsbestand afbouwen, wat ook wenselijk is, waardoor de responsabiliseringsbijdrage oploopt.

Het is lovenswaardig dat deze regering dit eindelijk wil aanpakken en ook dat er al via de taxshift een beperkt bedrag werd vrijgemaakt om een deel van de factuur beter te dekken. Dat is zeker een begin, maar die bijkomende middelen dekken de kosten helemaal niet. Zolang de verdeelsleutel niet structureel wordt aangepakt en het in het BFM voorziene bedrag de factuur van de responsabiliseringsbijdrage niet beter dekt, blijft de situatie voor heel wat ziekenhuizen, vooral deze die in de huidige sleutel zijn benadeeld, onhoudbaar.

Als vakminister werkt u er volop aan om die verdeelsleutel aan te passen. Is er al licht aan het einde van de tunnel zichtbaar? Wanneer kunnen wij hier oplossingen verwachten?

**26.02 Minister Maggie De Block:** Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, zoals u weet, is dit een probleem van responsabilisering van de publieke en private ziekenhuizen die ziekenhuispersoneel ter beschikking hebben, meestal door fusies of overnames uit het verleden. Wij slepen dit probleem al lang mee.

Naast de extra budgetten sedert 2016 toegekend aan de ziekenhuizen, heb ik de administratie gevraagd om de verschillende pistes voor een aanvullende financiering te bestuderen, hetzij via de toekenning van een deel van het taxshiftbudget waarin is voorzien in 2019 en 2020, hetzij via het aanvragen van een aanvullend budget.

Dit zijn onverantwoorde beslissingen uit het verleden. Ik was hier toen en wij hebben daarvoor gewaarschuwd. Wij dragen daarvan nog altijd de gevolgen. Men mag na de legislatuur ook wel eens een rapport publiceren, want dit is een echte schande.

**26.03 Yoleen Van Camp** (N-VA): U werkt dus nog altijd aan een oplossing om die verdeelsleutel te herbekijken?

**26.04 Minister Maggie De Block:** Het gaat niet om de verdeelsleutel, het gaat erom dat het geld ontbreekt om die engagementen uit het verleden voor dat statutair personeel na te komen. Dat is de kwestie.

Men heeft in het verleden een oplossing gezocht voor een of twee jaar. Daar was grote consternatie over. Dat gebeurde echter kort voor de verkiezingen. Men heeft dan eieren voor zijn geld gekozen en gedacht dat de volgende ploeg daarvoor wel in geld zou voorzien. Toen kwam echter de economische crisis. Het was de regering-Di Rupo die daarvoor geld moest opzizzetten. Dat is niet gebeurd.

De ziekenhuizen slepen dat met zich mee. Dat bemoeilijkt fusies en de werking in de ziekenhuizen, want de ziekenhuizen moeten dat geld op tafel leggen. Het gaat om verworven rechten. Dat is dus een heel gedoe. Men is namelijk zeer nalatig geweest toen men die engagementen is aangegaan en die rechten heeft toegekend zonder in het nodige budget te voorzien.

We weten allemaal dat dit gebeurt. Ik vind het wel erg dat de ziekenhuizen hiervoor hun werkingskosten moeten aanspreken.

**26.05 Yoleen Van Camp** (N-VA): Als ik het goed begrijp, wordt er dus momenteel niet geraakt aan de verdeelsleutel?

**26.06** Minister **Maggie De Block**: Ik heb gevraagd om simulaties.

Het hangt ook af van het bedrag, het gaat hier om enorme bedragen. Ik heb voor de financiering van de taxshift in de welvaartsenveloppe een deel, namelijk 5%, laten reserveren voor de ziekenhuizen om daaraan al tegemoet te komen. Natuurlijk is dat voor sommige maar een klein percentage van het geld dat ze moeten geven.

**26.07** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dank u voor uw antwoord.

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

La **présidente**: Les questions n° 23544 de M. Vercamer et n° 23621 de M. Thiébaud sont transformées en questions écrites.

**27** **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taks op frisdranken" (nr. 23641)**

**27** **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la taxe sur les boissons rafraîchissantes" (n° 23641)**

**27.01** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag gaat ook al een tijdje mee. Bij mijn vorige vraag nr. 21647 over de taks op frisdranken hebben wij het gehad over het invoeren van een differentiatie betreffende de accijnzen op frisdranken, met name voor dranken met zoetstoffen. Deze zouden anders worden getaxeerd dan frisdranken met suiker.

U gaf toen aan dat u hier zeker voor te vinden was, maar dat dit een bevoegdheid is van uw collega, de minister van Financiën. Die laatste staat inderdaad in voor de praktische uitvoering, maar de politieke beslissing om een dergelijke differentiatie aan te brengen ligt bij u als minister van Volksgezondheid.

Heeft u die differentiatie in de taxatie ondertussen op de tafel van de regering gelegd? Wanneer precies? Wat is er beslist in de schoot van de regering?

**27.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, zoals u weet, werd over de invoering van de gezondheidstaks beslist in het kader van de taxshift, artikel 113 van de wet van 26 december 2015 betreffende het accijnsstelsel van alcoholvrije dranken en koffie, gewijzigd bij de programmawet van 19 december 2014, onder meer voor het accijnstarief waaraan onderhevig zijn de producten bedoeld in artikel 7 van de voornoemde wet van 21 december 2009.

In dat artikel staat, ik citeer: "Water, mineraalwater en spuitwater daaronder begrepen, met toegevoegde suiker of andere zoetstoffen, dan wel gearomatiseerd, alsmede andere alcoholvrije dranken van de code GN 2202, met uitzondering van dranken op basis van melk of soja." Toen wij naar enige differentiatie vroegen bleek dit moeilijk haalbaar voor de administratie van Financiën, die deze accijnsverhoging moest doorvoeren en controleren.

Intussen was er een voorstel om de gearomatiseerde waters uit te sluiten van de accijnsverhoging die in 2017 werd beslist. Dit lijkt mij terecht, want daar zit geen suiker in. Aldus roept artikel 140 van de programmawet een nieuwe accijns categorie in het leven in artikel 7, c van de voornoemde wet van 21 december 2009.

Het probleem was dat dit onder één fiscale code stond. Daar staat: "gearomatiseerd water, mineraal water en spuitwater daaronder begrepen, zonder toegevoegde suiker of andere zoetstoffen, van de GN-code 2202". Alles wat zoetstoffen zou bevatten, valt daar dus uit, ook *light* en *zero*. Er mag dus geen zoetstof in zitten. Daar is de scheiding gemaakt.

Ik ben ter zake nog vriendelijk op het kabinet ontvangen met mijn medewerker en kabinetschef. De minister van Financiën zal meer uitleg kunnen geven over de precieze modaliteiten, maar de scheiding is dus gemaakt: suiker of andere zoetstoffen of niets.

**27.03** **Yoleen Van Camp** (N-VA): De vraag ging vooral over het onderscheid tussen suiker en zoetstoffen.

**27.04** Minister **Maggie De Block**: Dat valt allemaal in dezelfde categorie. Het gaat nooit over een zoetstof. Ik heb de research bekeken. Het gaat steeds over een combinatie van zoetstoffen. In de drank zitten misschien aspartaam en andere kunstmatige zoetstoffen, maar ook altijd nog wat suiker. Misschien minder dan normaal, maar er zit altijd suiker in. Dat komt omdat ze allemaal een andere smaaksensatie hebben. De ene zoetstof prikkelt de smaakpapillen in het begin en dan vindt men het lekker. De andere zoetstof prikkelt na het drinken nog na, waardoor men de indruk krijgt dat men het nog altijd drinkt. Dat is een zeer vernuftig systeem.

We maken dus geen onderscheid. Er zit altijd suiker in. Als het *light* of *zero* is, denken de mensen dat het geen suiker bevat, maar dat klopt niet. Er zit altijd suiker in en ook koolzuurhoudende gassen.

**27.05** **Yoleen Van Camp** (N-VA): In mijn vorige vraag vroeg ik of u te vinden was voor een differentiatie van frisdranken met suiker, met zoetstoffen en zonder suiker. Ik denk dat u het toen verkeerd hebt begrepen, want u zei toen dat u daarvoor te vinden was, maar zoals ik het nu begrijp toch eerder niet.

**27.06** Minister **Maggie De Block**: Neen, want op vroegere vragen hierover heb ik al gezegd dat de tandartsen ons erop hadden gewezen dat de koolzuurhoudende gassen en zuren zelfs in light- en zerofrisdranken het tandglazuur aantasten en dus even schadelijk zijn op dat vlak.

**27.07** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Met suiker en koolzuur is dat natuurlijk nog schadelijker, vandaar de vraag. Ik heb uw antwoord teruggevonden: "In de toekomst moet effectief nog bekeken worden hoe wij een verschil tussen suiker of een alternatieve zoetstof beter kunnen weerspiegelen in het beleid."

**27.08** Minister **Maggie De Block**: Ja, maar wij hebben de keuze gemaakt, omdat wij gezien hebben dat, als er alternatieve zoetstoffen in zitten, er ook nog altijd wat suiker in zit.

**27.09** **Yoleen Van Camp** (N-VA): Oké.

La **présidente**: Le sucre est partout, tout comme les perturbateurs endocriniens.

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

Chers collègues, les questions jointes n° 23656 et n° 23742 de Mme Nathalie Muylle et de M. André Frédéric sont reportées. Les questions n° 23736 et n° 23737 de Mme Nathalie Muylle sont transformées en questions écrites, de même que la question n° 23750 de M. Jean-Jaques Flahaux. J'ai contacté M. Philippe Goffin mais j'ignore s'il arrivera à temps. Mme Kattrin Jadin, M. Raf Terwingen et Mme Nawal Ben Hamou n'ont pas donné de nouvelles, leurs questions jointes n° 23772, n° 24336 et n° 24566 sont donc retirées. Mme Nawal Ben Hamou a demandé le report de sa question n° 23809.

#### **28** **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **An Capoen** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van borstreconstructie" (nr. 23845)
- mevrouw **Els Van Hoof** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van borstreconstructies" (nr. 23961)
- mevrouw **Catherine Fonck** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van borstreconstructies met eigen weefsel" (nr. 24074)

#### **28** **Questions jointes de**

- **Mme An Capoen** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation de la reconstruction mammaire" (n° 23845)
- **Mme Els Van Hoof** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des reconstructions mammaires" (n° 23961)
- **Mme Catherine Fonck** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des reconstructions mammaires autologues" (n° 24074)

**28.01** **An Capoen** (N-VA): Mevrouw de minister, anderhalf jaar na het bereiken van het akkoord tussen de plastisch chirurgen, het RIZIV en de ziekenfondsen over de terugbetaling van de warme borst, steken opnieuw getuigenissen de kop op van toenemende kosten bij borstreconstructies met eigen weefsel. Kom op

tegen Kanker maakte daar melding van enkele weken geleden. Dat leidt uiteraard tot paniek bij de patiënten, die vrezen dat het "borstenakkoord" opnieuw in de vuilnisbak is beland. Dat is absoluut niet waar. Nagenoeg alle Vlaamse ziekenhuizen hebben het akkoord ondertekend en aan mijn e-mails van het RIZIV te zien, sluiten iedere week meer en meer Waalse en Brusselse ziekenhuizen zich aan. Dat is goed nieuws.

Het complexe verhaal verdient natuurlijk een correcte benoeming van de problemen. De warmeborstbehandeling is een beetje het slachtoffer geworden van het eigen succes. Alsmear meer vrouwen kiezen ervoor, ook vrouwen die er eigenlijk te slank voor zijn en in principe niet echt in aanmerking komen. De plastisch chirurgen proberen hier een mouw aan te passen door een kleinere weefsel flap te plaatsen, al dan niet genomen uit de rug. Die bevat meestal te weinig vet om er een borst mee te maken die vergelijkbaar is met de overblijvende borst. Opnieuw wordt dat opgelost met liposuctie en lipofilling van de borst. Die techniek gebeurt normaal gezien enkel bij esthetische ingrepen, waardoor er geen nomenclatuurnummer voor is. Als dat zo gebeurt, komen de kosten volledig ten laste van de patiënt.

Ten eerste, het "borstenakkoord" omvatte een evaluatie van het akkoord na een jaar. Zijn hier reeds cijfers van bekend? Kunnen we die dan krijgen?

Ten tweede, is er budgettaire ruimte om in een verhoogde terugbetaling te voorzien voor de techniek van lipofilling in het kader van een reconstructie als deel van een therapie? Kan dat worden afgesplitst van de loutere esthetiek?

Toont de kwestie niet aan dat het RIZIV enkele jaren achteroploopt bij de evaluatie van de nomenclatuur met het oog op de terugbetaling van nieuwe technieken? Ongetwijfeld val ik in herhaling wanneer ik daarom pleit voor de globale evaluatie van de nomenclatuur, ook al heeft zulks een invloed op de ziekenhuisfinanciering. Hoever staat het met die grote werf uit het regeerakkoord?

**28.02** Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Capoen, het heeft een jaar geduurd om het "borstenakkoord" te onderhandelen. Wij zijn er echter echt blij mee. Wij hebben toen ook beslist het akkoord op de website van het RIZIV te publiceren.

De commissieleden herinneren zich nog dat in het begin heel weinig ziekenhuizen hadden ingetekend en dat ik dat toen ook heel streng heb moeten aangeven. Mevrouw Jiroflée had daar nog een vraag over gesteld.

Aangezien tot het einde van 2017 nog ziekenhuizen de conventie ondertekenden, zal de evaluatie, die verwacht werd tegen eind november, pas rond zijn tegen eind mei 2018. Men moet immers die informatie nog meenemen.

Wat ook het resultaat van de evaluatie is, ik heb alleszins al heel wat jongere en oudere vrouwen ontmoet die dankzij de terugbetaling een reconstructie konden laten uitvoeren.

Het is ongelooflijk maar waar, maar als men te slank is, moet men soms een andere techniek gebruiken. Ik heb mij laten wijsmaken dat duimdik vet op de buik of de dijen, dat er spijtig genoeg wel is bij de meeste vrouwen, voldoende is. Voor wie toch te slank is, moet men werken met een flap van de latissimus dorsi. Die wordt ook terugbetaald via een code in de nomenclatuur. Indien het om een zeer slanke vrouw gaat, met dus veeleer kleine borsten, zal een dergelijke reconstructie goede resultaten geven. Mocht de andere borst toch nog te groot zijn, dan zal men omwille van de symmetrie ook de nodige aanpassingen doen, net zoals men dat bij oudere vrouwen doet, omdat de oorspronkelijke oudere borst de neiging heeft om te hangen en de jongere borst niet.

Er kunnen ook andere flappen worden gebruikt, indien de DIEP-flap niet meer mogelijk is. Een voorbeeld is de perforatorflap uit de gluteale streek, uit de bil. Ook dat type van reconstructie is opgenomen in de conventie die wij nu het "borstenakkoord" noemen. Maar slechts een beperkt aantal centra, die met het "borstenakkoord" hebben ingestemd, hebben de expertise inzake de ingreep voor de gluteale flap.

Lipofilling komt natuurlijk uit de esthetische tak van de plastische heelkunde. Het probleem is niet zozeer het gebrek aan een huidig nomenclatuurnummer, maar het feit dat er nog geen evidentie is dat de techniek voor reconstructie blijvende resultaten geeft. Als wij naar de anatomie van een borst kijken, zien wij drie ingrediënten, namelijk huid, bindweefsel en klierweefsel met natuurlijk vet binnenin. Met lipofilling spuit men alleen vet in en het lijkt mij dus onmogelijk dat bij gebrek aan bindweefsel en klieren om de boel bijeen te houden, vet een volledige borst zou kunnen vormen.

In dat verband bestaat geen evidentie. De techniek kan wel gebruikt worden bij zogenaamde retouches, bijvoorbeeld voor de symmetrie of omdat een stuk van het getransplanteerd weefsel is afgestorven, soms een hoek of een driehoek.

Dat verschrikkelijk artikel bleek gelukkig onwaar te zijn. Wij hebben met grote verontwaardiging direct contact opgenomen. Die verontwaardiging bestond bij iedereen die het "borstenakkoord" heeft onderschreven, want wij zouden weer negatief over de tong gaan. De grote les die wij daaruit moeten trekken, is dat vrouwen zich voor zulke delicate ingrepen goed op voorhand moeten laten informeren. Ik kan zeker niet appreciëren dat zulke spraakmakende artikels de wereld ingestuurd worden, bij wijze van spreken om iedereen de kast op te jagen, want iedereen die het akkoord mee heeft onderschreven en ook opvolgt, komt daardoor in een slecht daglicht te staan. Maar goed, sensatiepers zal er altijd bestaan.

**28.03 An Capoen** (N-VA): Mevrouw de minister; bedankt voor uw antwoord.

Ik zal de evaluatie met de bijbehorende cijfers nog afwachten. Daarover zal ik u opnieuw aanspreken.

Na de lipofilling is er inderdaad sowieso twintig procent verlies van het vetweefsel, dus dat is normaal. Ik denk dat lipofilling inderdaad nuttig kan zijn voor bepaalde vrouwen, bijvoorbeeld voor superslanke vrouwen die toch een grote boezem hebben, want die vrouwen vragen natuurlijk dat de gereconstrueerde borst in de mate van het mogelijke de originele borst benadert.

Informatie is ook zeer belangrijk. Wij moeten de patiënten duidelijk maken dat zij geen perfecte borst gereconstrueerd krijgen en dat hun verwachtingen daarover misschien ook niet al te hoog mogen liggen.

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

La **présidente**: Nous allons clôturer nos travaux maintenant.

**28.04 Maggie De Block**, ministre: En effet, j'ai une urgence au cabinet.

La **présidente**: La question n°23771 de M. Philippe Goffin est transformée en question écrite. Madame la ministre, vous viendrez toutes les semaines à partir de la semaine qui suit celle du 16. Vous nous consacrerez une demi-journée par semaine pour répondre à nos questions. Nous en sommes au point 59, ce dernier inclus, avec 9 reports. Nous avons traité 45 questions. C'est bien.

*La réunion publique de commission est levée à 17.29 heures.  
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.29 uur.*