

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 19 JUNI 2018

Namiddag

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

du

MARDI 19 JUIN 2018

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.24 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, il y a quinze jours, j'avais transformé quelques questions en questions écrites pour que la ministre puisse récupérer son retard. Pour huit de mes questions, je n'ai reçu aucune réponse de la part du gouvernement. Cela ne va pas. Il y a un véritable problème. On nous a dit qu'on recevrait les réponses mais nous n'avons rien reçu.

La **présidente**: Y a-t-il une explication?

Maggie De Block, ministre: Normalement, il n'y a pas de problème. Il y a beaucoup de questions qui sont transformées en questions écrites pendant nos séances de commission.

Catherine Fonck (cdH): Je n'ai reçu aucune réponse!

Maggie De Block, ministre: Je vais me renseigner et je transmettrai la réponse au secrétariat.

La **présidente**: Normalement, les réponses sont envoyées au secrétariat de la commission et elles sont ensuite publiées dans le cahier des questions écrites.

Catherine Fonck (cdH): Cela peut-il être fait aujourd'hui?

Maggie De Block, ministre: Je vais me renseigner.

La **présidente**: Madame la ministre, vous avez reçu un mail récapitulatif. Il s'agit d'une dizaine de questions. Si nous pouvions avoir une réponse via le secrétariat aujourd'hui ou demain, ce serait bien.

01 Questions jointes de

- M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour les patients atteints de MICI" (n° 24912)

- M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la carte urgence toilette pour patients IBD" (n° 26149)

01 Samengevoegde vragen van

- de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toiletpas voor IBD-patiënten" (nr. 24912)

- de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toiletpas voor IBD-patiënten" (nr. 26149)

01.01 **Marco Van Hees** (PTB-GO!): Madame la présidente, madame la ministre, les images filmées avec caméras cachées par les associations de patients nous montrent une triste réalité, celle des personnes atteintes de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, notamment la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse. Encore très souvent, l'accès aux toilettes leur est refusé dans les magasins et restaurants, même

si elles montrent leur carte "urgence toilette". Munies de cette carte, qui existe déjà depuis 1987, elles devraient avoir accès rapidement aux toilettes dans l'horeca, les magasins ou autres établissements publics ou privés.

Le problème, c'est que cette carte est aujourd'hui trop peu connue et, surtout, elle n'est pas juridiquement contraignante. Cela pose un problème réel pour les personnes en question. L'une d'elles explique: "Entre le début de la crampe et le moment où je dois aller aux toilettes, il y a une minute. Si on ne trouve pas de toilette dans ce délai, on se fait dessus." C'est le témoignage d'une personne atteinte de la maladie de Crohn.

Le résultat, c'est que les personnes atteintes de ces maladies n'osent plus sortir et s'isolent. Face à ce constat, les deux associations (CCV-vzw et CrohnRCUH) ont lancé une pétition dans laquelle elles revendiquent de rendre la carte "urgence toilette" juridiquement contraignante. On estime qu'entre 30 000 et 35 000 personnes sont atteintes par ces maladies en Belgique. Rendre la carte juridiquement contraignante permettrait à ces personnes de sortir de leur isolement, de favoriser leur participation à la vie publique.

Madame la ministre, êtes-vous disposée à rencontrer les associations de patients et à répondre à leurs revendications? Comptez-vous faire le nécessaire pour rendre la carte "urgence toilette" juridiquement contraignante? Enfin, disposez-vous de chiffres précis sur le nombre de personnes atteintes par la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse? Si oui, quelle est leur évolution dans le temps?

01.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Van Hees, les problèmes que vous mentionnez sont réels et ont d'ailleurs été soulevés par les patients qui ont lancé une pétition. J'espère qu'avec cette carte, les propriétaires d'établissement horeca ou de magasin les autoriseront à aller aux toilettes.

Nous avons accueilli les associations qui ont lancé cette pétition. À cette occasion, la nécessité a été mise en exergue de se concerter avec mes huit collègues compétents pour cette matière ainsi qu'avec les ministres de l'Économie, car je n'ai pas seule la compétence pour préparer une loi relative à une obligation de donner l'accès aux toilettes pour les patients disposant d'un passeport.

Par ailleurs, les associations ont dit avoir créé une application mobile dans le but de transmettre, instantanément, l'information relative à l'emplacement des toilettes autour du point où une personne se trouve, ce qui pourrait aider ces personnes, mais encore faut-il que ces toilettes soient accessibles.

Nous organiserons une concertation à ce sujet en présence de tous les ministres compétents, ce qui est difficile à faire comprendre aux citoyens qui pensent qu'aller revendiquer auprès d'un ministre est suffisant alors que ce n'est pas le cas.

Néanmoins, les associations ont été reçues. Elles ont insisté sur le caractère obligatoire à donner à la carte "urgence toilette" et sur la nécessaire implication de toutes les personnes compétentes dans ce dossier.

01.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Cependant, elles restent insatisfaisantes.

Si vous plaidez pour la refédéralisation des soins de santé – il me semble que c'est la traduction de votre réponse! –, le PTB est entièrement en accord avec ce genre de mesures. Mais quant à la réponse précise que vous nous apportez, j'ai l'impression que vous forcez le trait: huit ministres compétents pour cette question ... Il me semble plutôt qu'elle est du ressort du fédéral ou alors, il vous faudrait être plus précise pour parvenir à nous démontrer que cette matière n'est pas uniquement fédérale ou régionale, si je vous ai bien compris.

Quant à savoir si la compétence en revient à la ministre de la Santé ou au ministre de l'Économie, la question est plus simple à trancher.

J'ai l'impression que vous renvoyez les demandeurs à leurs études. Ce que vous leur dites, c'est qu'il n'y a pas de solution, si je vous entends bien. C'est trop compliqué institutionnellement pour régler la question. C'est quand même assez effarant d'entendre cela dans notre pays: "Vous avez un problème réel mais c'est trop compliqué à régler institutionnellement. Donc, on ne va pas régler le problème"!

Quant aux chiffres que je vous ai demandés, visiblement, vous n'en avez pas à nous donner.

Madame la présidente, je prends note de la réponse insatisfaisante de la ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Interpellation et question jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les exigences futures imposées aux services en charge des soins alternatifs aux personnes âgées (protocole 3)" (n° 268)

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le protocole 3" (n° 25599)

02 Samengevoegde interpellatie en vraag van

- mevrouw Muriel Gerkens tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vereisten die zullen worden opgelegd aan de diensten voor alternatieve zorg aan bejaarden (protocol 3)" (nr. 268)

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "protocol 3" (nr. 25599)

02.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, la question étant dépassée, je vais me concentrer sur l'interpellation.

Madame la ministre, les services protocole 3 ont été mis en place comme une alternative aux maisons de repos et de soins, en vue de retarder l'entrée, dans ces institutions, des personnes de plus de soixante ans connaissant une aggravation de leur état physique et de leur état cognitif. La phase 2 de ce protocole 3 se termine le 31 août 2018.

Afin d'évaluer les dispositifs, un consortium universitaire a été mis en place pour faire une observation sur base d'une collecte de données (dont le BelRAI) auprès des patients suivis, comparés à une population non suivie par ce genre de service, pour lesquels la base de données de l'Agence Intermutualiste servait de référence.

Suite à ces rapports, validés par le Comité de l'assurance en janvier 2018, un groupe de travail permanent a été mis en place pour accompagner ces services protocole 3, qui comprend des acteurs de terrain (maisons de repos, mutuelles, infirmiers, services intégrés de soins à domicile).

Un premier élément perturbant est que jusqu'en novembre 2017, vous avez exprimé votre refus de poursuivre les services protocole 3. Ce refus constituait un message lancé auxdits services, annonçant que les projets allaient s'arrêter et qu'il fallait prendre les dispositions adéquates pour le 31 août 2018. De nombreux services ont, par conséquent, donné des préavis conservatoires à leur équipe et les travailleurs sont partis.

Il se fait qu'à la suite de pressions des services de première ligne, qui trouvaient que les services protocole 3 étaient particulièrement utiles, vous avez changé d'avis – tant mieux! – et vous avez décidé de conserver les 12 millions de cette enveloppe budgétaire pour prolonger ces services du 1^{er} septembre 2018 au 31 décembre 2020. En soi, ceci est une bonne chose.

Par contre, des difficultés me reviennent. Si j'ai bien compris, vous voulez changer le financement; celui-ci deviendrait un financement à l'acte, alors qu'il était forfaitaire auparavant. Cela veut donc dire que les intervenants devront envoyer aux mutuelles les factures pour chaque acte presté auprès du patient.

Outre la complication, les actes sont limités à ceux qui sont posés au chevet des personnes. Pourtant, une majorité des prestations (quasiment 60 %) ne se font pas uniquement avec la personne, mais aussi avec son environnement social, familial, dans le but de mobiliser le réseau autour d'elle. En effet, ces personnes âgées, qui ont des problèmes psychiques et cognitifs, qui vont en s'aggravant, deviennent "insupportables" et sont abandonnées de tous. La majeure partie des prestations, qui consiste en cette mobilisation du réseau, ne serait plus prise en compte.

Vous limitez les prestations aux soins psychologiques, ergothérapeutiques et à celles des *case managers*. C'est apparemment conforme à la réalité. Le reste doit encore être harmonisé. Mais vous obligez les *case*

managers à être des infirmiers ou infirmières. Or, dans un grand nombre de cas, ces *case managers*, qui coordonnent les prestations autour du patient, notamment celles des ergothérapeutes et des psychologues, ne sont pas des infirmiers. Il n'est pas nécessaire d'être infirmier. Une pluridisciplinarité est même attendue. Tant les rapports universitaires que ceux du KCE expliquent qu'il est intéressant d'avoir du personnel autre qu'infirmier, justement pour avoir cette capacité de se détacher du soin et de privilégier l'approche globale de la personne et de son environnement.

Ainsi, pourquoi cette limitation? D'autant que la durée maximale de ces contrats est de deux ans, avec une ancienneté maximale de 13 ans. Il risque donc d'y avoir très peu d'infirmiers candidats.

Vous dites que le financement des prestations se fera pour une période de six mois, prolongeable une fois, mais pas plus longtemps, considérant que d'autres services doivent prendre le relais. Mais lesquels? On constate, dans la pratique, que si dans de nombreux cas, la durée de prestation est de 200 à 260 jours, elle est parfois de 600 jours car il faut assurer un accompagnement. Il arrive même qu'il y ait une ou deux prestations quand la personne transite vers la maison de repos. Comment ces critères ont-ils été définis? Pourquoi limiter ainsi les prestations?

Mes questions s'intéressent également à ces services auxquels il a d'abord été dit qu'ils arrêteraient au 31 août, et puis qu'ils pourraient continuer pour deux ans à partir du 1^{er} septembre. Or, ils ont perdu des membres de leurs équipes et ils ont donné des préavis. Ils vont devoir travailler selon une autre méthode suite aux différents changements que je viens de citer. Sur quelle base seront-ils évalués? Comment cela va-t-il s'organiser?

Des informations complémentaires sont donc vraiment nécessaires. Il faut, en effet, pouvoir les rassurer.

Avec les nouvelles exigences, qu'il est d'ailleurs, difficile de s'expliquer, on met tout en œuvre pour les empêcher de fonctionner correctement. Pourtant, ces services sont d'autant plus nécessaires qu'ils travaillent avec tous les autres acteurs de la santé qui sont sur le terrain, dont les équipes mobiles mises en place à l'occasion de la réforme 107.

Si j'ai bien compris, les équipes mobiles (santé mentale, milieu de vie) ont exprimé le souhait que ces gens soient formés avec des personnes vieillissantes alors qu'on a des services protocole 3 spécialisés dans l'accompagnement de ces personnes souffrant de problèmes cognitifs et de santé mentale, qui ont l'habitude de travailler avec des équipes mobiles et qui permettent de mobiliser le réseau autour de ces patients. Il s'agit ici d'orientations dont il est difficile de comprendre la logique.

Madame la ministre, des concertations sont en cours ou sont annoncées. Qu'en est-il à ce sujet? Il semble que, dans les faits, elles ne soient pas suffisantes ou, en tout cas, que les informations données ne soient pas bien comprises par les gens de terrain, sauf si la volonté est de communautariser. Dans ce cas, il suffirait de faire un avenant au protocole d'accord du 13 juin 2006. Mais je n'ai pas le sentiment que telle soit votre volonté.

Quoi qu'il en soit, je voudrais comprendre, madame la ministre.

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, vos questions sont nombreuses.

Cela dit, je ne sais pas où vous avez pu aller chercher l'information suivant laquelle j'avais décidé d'arrêter les services et interventions P3. Ma cellule stratégique a, au contraire, beaucoup travaillé sur le travail intensif fourni par l'INAMI.

Comme vous l'avez dit, j'ai décidé de maintenir le budget annuel de près de 12,5 millions d'euros, jusqu'au 31 décembre 2020, soit après les différentes échéances électorales à venir, ce afin d'éviter tout problème lié auxdites élections. Mon but est d'avoir une continuité pour le secteur et pour les patients.

Il y avait uniquement une évaluation des trois interventions à savoir: du *case management*, du soutien psychosocial et de l'ergothérapie. Aucune autre intervention n'a été évaluée avant. Il n'y a eu aucune évaluation par projet non plus. On ne peut donc pas distinguer les projets qui ont engrangé de bons résultats de ceux qui n'en ont eu aucun. Si les projets P3 avaient été arrêtés, comme suggéré précédemment, il y aurait eu un risque pour les patients qui recevaient jusqu'à présent des soins adéquats et de bonne qualité. C'est pour cette raison que tous les efforts ont été fournis pour permettre aux projets offrant des garanties

maximales de qualité de soins, d'entrer dans une troisième phase.

De plus, ma cellule stratégique collabore au travail intensif fourni par l'INAMI afin de parvenir à une solution pragmatique permettant aux projets protocole 3 conventionnés de poursuivre leur activité dans un cadre mieux défini. Le cadre dans lequel ils se trouvaient était assez vague.

En premier lieu, je confirme votre analyse du contexte du protocole d'accord n° 3 entre les Communautés, les Régions et l'État fédéral. Le caractère temporaire des projets, la sélection qui serait opérée à la fin de la phase de projet et la nécessité pour tous les projets d'être réorganisés en fonction des résultats de la recherche faisaient donc partie des principes-mêmes contenus dans le protocole d'accord.

La participation active à cette recherche scientifique faisait partie des dispositions des conventions conclues. La date de fin de validité des conventions actuelles fixée au 31 août 2018 était donnée au moment de leur entrée en vigueur, le 1^{er} septembre 2015, et n'a jamais varié.

Quant aux résultats de la recherche scientifique, vous pourrez trouver les recommandations et l'ensemble des rapports établis par l'équipe scientifique sur le site internet de l'INAMI. En résumé, les recommandations distinguent plusieurs groupes-cibles susceptibles de bénéficier d'une intervention "coût efficace" parmi des personnes âgées présentant des pertes d'autonomie dans leur vie quotidienne ou une diminution observable de leurs performances cognitives, selon la nature et la sévérité de la dépendance.

Les rapports montrent que pour ces groupes-cibles, certaines interventions à domicile de *case management*, d'ergothérapie et de suivi psychologique sont bénéfiques aux patients et à leurs proches et qu'elles diminuent les coûts totaux à charge de l'assurance soins de santé. L'intensité de ces interventions doit cependant être ajustée en fonction du groupe-cible et d'autres facteurs pertinents (par exemple, refus de soins, crise des réseaux de soins et d'aide, disponibilité de l'aidant proche), pour atteindre le meilleur rapport coût/efficacité.

Comme vous le notez aussi, pour des raisons de validité scientifique, la recherche n'a pu porter que sur certains types d'interventions. Elle n'a pas pu évaluer l'effet des interventions qui concernaient un petit nombre de patients. Les versions successives du projet de convention qui ont été soumises à la concertation se basent toutes sur les recommandations formulées par l'équipe scientifique. Les formes de soins et de soutien aux soins qui sont prévues sont celles qui ont démontré leur efficacité.

Ainsi, la répartition des prestations financées entre les soins directs auprès du patient et les soins indirects autour du patient, par exemple en soutien aux réseaux, est précisément celle qui a été observée dans les projets, celle dont l'efficacité a été constatée au cours de l'étude et celle qui est donc recommandée par l'équipe scientifique. Le fait d'attribuer la fonction de *case manager* à un infirmier ou au moins à un professionnel de la santé ou même à d'autres professions hors de la sphère médicale, se base sur plusieurs constats.

Tout d'abord, le rapport scientifique dit d'implémentation stipule qu'une des compétences est d'avoir un niveau d'expertise adéquat dans au moins un des domaines de la personne soignée, par exemple dans les syndromes gériatriques, la dépression, Alzheimer et d'autres. En outre, selon le rapport, le *case manager* travaille dans une équipe qui se compose au moins d'infirmiers, à côté d'autres professionnels de l'aide et du soin. Plus loin, il est dit qu'en l'absence d'une formation spécifique pour le *case manager*, les experts s'accordent à dire que c'est l'infirmier qui est le plus à même d'assumer cette fonction. Cela se trouve aux pages 108 à 112 du rapport.

Le *case manager* doit veiller à ce qu'un bilan global de la situation soit établi et à ce que le BelRAI soit correctement complété. Il doit pouvoir se charger temporairement de la coordination des soins. Il doit veiller à ce que le plan de soins soit établi et correctement appliqué. Il doit informer et conseiller le bénéficiaire et son aidant afin de leur permettre de gérer eux-mêmes les soins. Il doit anticiper les situations de crise qui peuvent entraîner le recours à des soins évitables. Il doit évaluer les résultats en concertation avec les autres dispensateurs du programme de soins et veiller à ce que le plan de soins soit adapté en fonction de ces résultats. Soit un ensemble de tâches qui réclament des compétences médicales certaines.

On constate que dans les projets actuels, la fonction de *case manager* est souvent exercée par un infirmier ou un professionnel des soins. Lorsque ce n'est pas le cas, la fonction est souvent réduite à une simple coordination des soins qui n'inclut pas toutes les tâches spécialisées que je viens de citer. Il y a alors un

problème car s'il se passe quelque chose, il faut réagir vite pour restaurer l'aide.

Il existe suffisamment d'arguments pour plaider en faveur du fait que la fonction de *case manager* doit être assurée par une infirmière ou un infirmier.

La période d'intervention – six mois, renouvelable une fois en cas de nouvel événement – est, elle aussi, liée à la nature de ces interventions. La convention ne vise en aucun cas à financer un accompagnement prolongé, une ergothérapie de type occupationnel ou une psychothérapie à moyen ou long terme. Elle vise à rembourser des formes précises de soins et de soutien aux soins qui sont ponctuels, spécialisés et relativement intensifs. Un des critères de réussite de ces interventions est précisément qu'elles ne sont plus nécessaires parce que le bénéficiaire, son aidant et les divers intervenants du réseau sont en mesure de prendre en charge la dispensation et la coordination des soins et des aides en fonction de leurs compétences.

Si un événement entraînant une augmentation importante des besoins de soins d'un patient se produit, une révision de l'offre de soins doit être possible. Par exemple, en cas de fracture de la hanche après une chute, un *case manager* serait à nouveau justifié.

Sur la réorganisation des projets, comme je l'ai déjà rappelé, le caractère temporaire des projets et la nécessité pour eux de se réorganiser en fonction des résultats de la recherche scientifique font partie des principes fondamentaux de la phase expérimentale à laquelle ils ont participé.

Je tiens cependant à insister surtout sur deux points.

Premièrement, les résultats de la recherche s'appuient sur les pratiques observées sur le terrain dans de nombreux projets. Les recommandations sont systématiques pour ces pratiques. Il est donc inexact d'affirmer que les services vont devoir changer tout leur fonctionnement à partir de septembre 2018. La plupart vont pouvoir maintenir leurs activités en les ajustant éventuellement sur des bases objectives pour une efficacité renforcée.

De plus, comme vous l'avez vous-même noté, la nouvelle convention offrira aux projets la possibilité de continuer à réaliser certaines interventions qui n'ont pas été évaluées par l'équipe scientifique en raison d'une trop petite taille d'échantillons, et n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité. Ces interventions pourront être installées dans la convention par un avenant, sous certaines conditions, à la demande des projets.

Enfin, si nécessaire, la convention pourra inclure des mesures transitoires pour permettre aux projets de répondre dans un temps déterminé à toutes ces dispositions. La proposition actuellement sur la table consiste à prolonger les 38 projets par un type de convention-avenant du 31 août 2018 au 31 décembre 2019. Les projets qui le souhaitent auront ainsi le temps de se réorganiser, tandis que l'INAMI et ses instances décisionnelles auront la possibilité d'examiner les candidatures pour la convention qui mènera à des continuations de projets P3.

Il va de soi qu'une concertation entre toutes les parties a été à l'origine du protocole entre les Communautés, les Régions et l'État fédéral. Ces parties resteront impliquées pendant toute la durée de l'accord. La concertation est institutionnalisée au niveau de la Conférence interministérielle Santé publique ainsi que dans le groupe de travail intercabinets "Malades chroniques". Des représentants des entités fédérées font aussi partie du groupe de travail "Nouvelles initiatives de soins" constitué à l'INAMI pour superviser la gestion des projets protocole 3.

La concertation locale avec le projet de soins intégrés avec les équipes mobiles en santé mentale et avec toutes les structures mises en place par la réforme de la psychiatrie, fait partie des trois principales missions qui sont confiées aux projets protocole 3 pour la nouvelle convention.

Pour terminer, vous me suggérez d'accepter le transfert de ces conventions vers les Communautés. Comme je viens de le rappeler le protocole 3 est déjà le résultat d'une concertation entre les Communautés, les Régions et l'État fédéral. Il ne m'appartient pas de décider unilatéralement de transférer certaines compétences et les budgets qui leur sont affectés au gré des circonstances.

Comme vous le savez, la sixième réforme de l'État a déjà organisé le transfert d'une partie des projets P3

vers les entités fédérées. Ont ainsi été transférés tous les projets de catégorie 1 qui visent à étendre l'offre transmurale. Les projets de catégorie 4 qui garantissent une offre de soins et de soutien aux soins aux utilisateurs de nouvelles formes alternatives d'habitat sont restées de la compétence de l'État fédéral et donc de l'INAMI. La catégorie 2 concerne les soins dispensés par des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de repos et de soins et par des centres de soins de jour à des patients qui séjournent encore à domicile. La catégorie 3 regroupe l'aspect organisationnel de l'offre de soins aux parents à domicile. La sixième réforme de l'État a déjà évacué quelques domaines de ces projets.

Cependant, les projets qui sont restés à l'INAMI sont très hétérogènes en termes de types de soins et de soutien de soins dispensés et on ne peut pas exclure qu'une partie de ces activités relèvent, de fait, de la compétence des Communautés et des Régions. Ainsi, par exemple, en son article 436, le Code wallon d'action sociale et de la santé prévoit déjà une coordination des soins et de l'aide à domicile, alors que la Flandre a entrepris, de son côté, un travail de définition du *case management*.

C'est à la fois pour garantir la continuité et pour permettre un examen détaillé des soins dispensés par les acteurs du projet protocole 3 que j'ai décidé de limiter, pendant un an dès aujourd'hui, le budget affecté au financement de ces projets et de prolonger les soins qu'ils dispensent dans un cadre mieux fondé scientifiquement. La question de la répartition des compétences devra incontestablement être examinée au cours de cette période de transition au niveau de la Conférence interministérielle.

Nous avons voulu améliorer l'aspect scientifique mais aussi avoir la certitude que ces projets apporteraient une plus-value importante pour les patients. Il faut noter que les conditions ainsi que les suivis étaient, auparavant, très basiques.

02.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, les projets protocole 3 que je connais offrent un travail réellement indispensable dans cette mobilisation des réseaux autour des personnes, ainsi que dans la mobilisation de la personne elle-même. Je suis donc heureuse que cela soit prolongé jusqu'à la fin 2020 au minimum et que le budget destiné à ces projets soit maintenu.

Je n'ai pas bien compris votre réponse relative au financement des prestations. Gardez-vous le financement forfaitaire ou passez-vous au financement à la prestation? Il m'a semblé que, dans la première partie de votre réponse, vous affirmiez que les prestations directes et indirectes avec le réseau étaient fondamentales et reconnues dans leur utilité. Mais à la fin de votre réponse, vous dites qu'étant donné que certaines prestations sont à cheval entre ce qui est prestation INAMI et prestation davantage de l'ordre de l'accompagnement et du soutien des intervenants - famille et autres - et de la gestion d'équipes, vous ne prenez que ce qui est de l'ordre de l'INAMI.

Cela signifie-t-il que, finalement, le financement futur se fera prestation par prestation INAMI? Ou bien gardez-vous le forfait?

02.04 Maggie De Block, ministre: Non, je ne pense pas que nous allons changer le financement.

02.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): C'est en tout cas une des craintes exprimées par le secteur.

02.06 Maggie De Block, ministre: Ce ne sont que des craintes ou des rumeurs. En effet, rien n'a jamais été dit au sujet de ce financement. Si on ne change rien, c'est que cela reste tel quel.

02.07 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Tant mieux, parce que c'est effectivement important. Les informations qui me reviennent parlent de groupes de travail qui sont en place et qui essaient d'assurer le suivi.

L'information qui circulait était celle de l'arrêt au 31 août. Les services ont donc anticipé intelligemment cette fermeture et ont pris leurs dispositions pour cette date. Maintenant qu'il n'est plus question d'arrêter ces services, les projets doivent redémarrer. Je voudrais donc vraiment vous inviter à leur permettre une transition pour le cas où des appréciations et des organisations de travail différentes doivent être mises en place. Les concertations nécessaires doivent être entreprises avec les travailleurs et les équipes en place.

La dernière partie de la question que j'ai déposée concernait les compétences fédérales et celles des entités fédérées et peut sembler quelque peu provocante. Soit on trouve important d'avoir ces conventions, qui existent grâce au soutien du fédéral; soit on ne veut plus assumer ce rôle, auquel cas il faut donner les

moyens aux entités fédérées de l'exercer pleinement. Mais j'entends que vous prévoyez de maintenir la concertation et la coordination entre le fédéral et les entités fédérées.

Madame la ministre, je vais déposer une motion de recommandation. Si vous voulez qu'il y ait des infirmiers dans chacune des équipes qui fassent le *case manager*, il faut un financement qui permette de les engager, tout en tenant compte des anciennetés et du fonctionnement des équipes.

Personnellement, je pense que la fonction de *case manager* pourrait être occupée par d'autres. Il faut accorder à chaque patient le temps nécessaire - six mois, huit mois -; ce qui compte surtout, c'est l'état de la personne et ce dont elle a besoin.

Le financement au forfait doit également être maintenu, mais votre réponse me rassure à cet égard.

Il faut aussi veiller à la transition vers les nouveaux modes d'évaluation et de fonctionnement, qui sont attendus, surtout par ceux qui se sont préparés à l'arrêt des activités.

Moties **Motions**

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Muriel Gerkens et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Muriel Gerkens
et la réponse de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement:

- d'assurer le financement complet des infirmiers qui seraient rendus obligatoires pour la fonction de *case managers* dans les services protocole 3;
- d'assurer le suivi le temps nécessaire aux patients;
- de poursuivre leur financement au forfait pour maintenir les prestations directes et avec le réseau;
- d'intensifier les concertations avec les travailleurs et les équipes de suivi;
- de veiller à la transition vers les nouveaux modes d'évaluation et de fonctionnement attendus."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Muriel Gerkens en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Muriel Gerkens
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
verzoekt de regering:

- te zorgen voor de volledige financiering van de verpleegkundigen die voortaan de functie van casemanager zullen moeten uitoefenen in het kader van de protocol 3-diensten;
- ervoor te zorgen dat de patiënten gedurende voldoende tijd worden gevolgd;
- de protocol 3-diensten forfaitair te blijven financieren, zodat zowel de rechtstreekse verstrekkingen als de netwerkactivering kunnen worden gehandhaafd;
- het overleg met het personeel en de zorgteams te intensiveren;
- te zorgen voor een overgangsregeling naar de verwachte nieuwe evaluatie- en functioneringswijze."

Une motion pure et simple a été déposée par M. Dirk Janssens.

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Dirk Janssens.

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

03 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neussprays" (nr. 25383)**

03 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sprays nasaux" (n° 25383)**

03.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, door de overheveling van de nasale corticosteroïden van categorie B naar categorie Cx zijn neussprays duurder geworden. U hebt dat

opgelost, of u zou dat oplossen, door de neussprays een dubbel statuut te geven, waardoor deze zowel met als zonder voorschrift verkrijgbaar zijn. De patiënt zou daardoor ook door de MAF beschermd zijn. De concrete uitvoering van het besluit zou enige tijd in beslag hebben genomen en zou pas in de tweede helft van 2017 in orde zijn.

Ik wou u even naar de huidige stand van zaken daaromtrent vragen.

Wanneer wordt de maatregel concreet uitgevoerd?

03.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Jiroflée, u blijft geobsedeerd door neussprays. Ik heb in dat verband al een antwoord gegeven op vraag nr. 24760 van mevrouw Van Camp.

Om kort te zijn, op 1 april 2017 werd de maatregel van kracht.

03.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, als dat op 1 april 2017 is gebeurd, dan is mijn informatie niet correct. Ik kijk het opnieuw na.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- **M. Raoul Hedebouw à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 25418)**

- **M. Marco Van Hees à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments 'article 81'" (n° 26150)**

04 Samengevoegde vragen van

- **de heer Raoul Hedebouw aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 25418)**

- **de heer Marco Van Hees aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "artikel 81-medicijnen" (nr. 26150)**

04.01 **Marco Van Hees** (PTB-GO!): Madame la ministre, vous aimez bien les multinationales de médicaments.

Les données de la Mutualité chrétienne, qui ont été reprises hier par *Le Soir* et *Het Laatste Nieuws*, nous montrent comment le remboursement des médicaments à l'industrie pharmaceutique plombe le budget de l'assurance maladie de 267 millions d'euros.

Les médecins, les dentistes, les hôpitaux, les kinés ont tous réduit leurs dépenses en 2017. Un secteur "mange" à lui tout seul le boni dégagé par les autres: l'industrie du médicament. Le responsable principal de ce dérapage est le système de conventions dites "article 81" conclu avec les firmes pharmaceutiques pour le remboursement d'un médicament innovant aux bénéfices thérapeutiques ou impact budgétaire incertains. Ce mécanisme est de plus en plus critiqué par un ensemble d'experts de la santé publique (KCE, les mutualités, le monde académique) et est jugé intenable.

Ce qui pose problème, c'est d'abord le manque total de transparence. Ces conventions, et plus particulièrement les annexes contenant la réduction de prix négociée par la ministre via les ristournes consenties par les firmes, sont ultra-secrètes. Cette confidentialité empêche les acteurs extérieurs de vérifier si les prix négociés sont cohérents avec à la valeur ajoutée du produit, et donc de juger dans quelle mesure les ristournes consenties par les firmes pharmaceutiques sont suffisantes. La génération de données probantes pour évaluer l'efficacité clinique de ces médicaments est également jugée insuffisante.

Depuis quelques années, ces conventions sont utilisées de façon exponentielle, impliquant des montants de plus en plus importants et dont les conséquences budgétaires sont énormes. L'estimation par votre propre cabinet, citée dans la presse, serait d'un milliard d'euros négociés en 2017, ce qui représente un quart des dépenses totales pour les médicaments. Le magazine *Médor*, qui avait déjà fait une estimation pour la période 2015-2018, citait le chiffre de deux milliards d'euros.

Madame la ministre, confirmez-vous ces chiffres? Comment expliquez-vous cette augmentation exponentielle du remboursement des médicaments article 81 ces dernières années? Pour combien d'entre

eux la plus-value thérapeutique a-t-elle finalement été prouvée? Quelles mesures ont-elles été prises afin de garantir et améliorer la génération de données probantes à ce sujet? La confidentialité du dispositif n'est-elle pas responsable de l'inflation des prix des médicaments?

Hier, dans *Le Soir*, vous annonciez une concertation avec l'industrie pharmaceutique pour corriger les excès budgétaires. Exigerez-vous, comme c'est le cas pour d'autres secteurs, un remboursement du dépassement sur les prestations l'année prochaine?

L'année passée, le KCE a développé une série de pistes pour améliorer le système de conventions article 81. Quelles suites comptez-vous donner à ces propositions? Le KCE a également mis en avant quatre scénarii futurs pour des médicaments accessibles. Comment vous positionnez-vous par rapport à des scénarii dans lesquels la politique des médicaments part des besoins réels des patients plutôt que des intérêts de l'industrie pharmaceutiques?

04.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Van Hees, l'objectif premier des conventions est de permettre l'accès des patients aux médicaments innovants à un coût acceptable. Les conventions constituent un des instruments de la politique des médicaments permettant de garder au mieux le budget sous contrôle.

Les dépenses effectuées pour les spécialités pharmaceutiques sous contrat ne peuvent donc pas être considérées séparément du budget total médicaments. Vos chiffres qui vont de 1,2 milliard à 2 milliards ont été inventés par quelqu'un qui rêve de milliards. Ce ne sont pas des chiffres que je retrouve dans les tableaux.

Le fait qu'il y ait de plus en plus de conventions établies entre l'INAMI et les firmes pharmaceutiques s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, il y a des conventions qui sont usées et qui nécessitent plus d'informations et plus de preuves là où il y a encore quelques incertitudes. Par ces conventions, ces médications sont temporairement inscrites sur la liste des remboursements. Après une période d'un à trois ans, une évaluation est réalisée. En cas d'incertitudes ayant obtenu des réponses (scientifiques ou bien budgétaires) de la firme pharmaceutique à la fin de la convention, et si des incertitudes subsistent, on a alors l'opportunité d'établir une autre convention ou d'arrêter.

Souvent, concernant les dossiers introduits à l'Agence européenne (par exemple avec des études phase 2 ou avec une incertitude budgétaire sur le coût par patient ou sur le nombre de patients), c'est la Commission de remboursement des médicaments (CRM), dans laquelle se trouvent aussi les mutualités - comme vous le savez -, en tant qu'expert, qui nous propose de faire une convention parce qu'il y a des risques liés à ces incertitudes.

Combien de ces médicaments ont-ils une plus-value thérapeutique? Avant de commencer les négociations sur une spécialité pharmaceutique spécifique avec la firme responsable, la Commission de remboursement des médicaments, qui est indépendante, procède toujours à une évaluation préalable. S'il s'agit d'une spécialité pour laquelle la firme responsable revendique une plus-value thérapeutique, un vote a lieu pendant la procédure CRM afin d'octroyer ou non cette plus-value à la spécialité concernée. Certains poursuivent et d'autres sont déjà liquidés. Dans la plupart des cas, la Commission formule également une proposition de prix. C'est sur la base de ces deux éléments que les membres du groupe de travail "contrat de convention" peuvent décider quel coût est acceptable. Si une plus-value est connue de la CRM, il se peut qu'un coût additionnel soit accepté.

Parmi tous les contacts qui ont été traités, on constate que, dans la majorité des cas, une plus-value a été reconnue par la Commission de remboursement des médicaments. N'y a-t-il pas suffisamment de transparence? Ou est-ce excitant du fait que c'est secret? La confidentialité des données est essentielle pour l'industrie pharmaceutique. Dans notre pays, c'est Mme Onkelinx qui a introduit ce système en 2010, avec une bonne raison. Nous étions dans une position où c'était possible partout sauf chez nous.

Tous les pays ont un système similaire de négociation de contrat. Ce système permet, d'une part, d'obtenir un prix plus bas pour certains produits pharmaceutiques par rapport au prix qui serait pratiqué si les spécialités étaient enregistrées sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables et, d'autre part, d'offrir ainsi aux patients l'accès à ces thérapies à un coût moindre pour les pouvoirs publics. Durant la présente législature, les conventions ont permis aux pouvoirs publics d'économiser près de 500 millions d'euros.

Comme il n'existe pas d'autre système de financement, le caractère secret de ces négociations ne fait pas le poids face à tous les avantages de ce système.

J'ai effectivement déclaré, dans la presse flamande, être disposée à envisager d'autres mécanismes. Avec l'évolution, il y a de plus en plus de médicaments innovantes, qui sont plus vite acceptées par l'Agence européenne des médicaments. Il faudra donc un système de financement alternatif. J'ai eu de multiples rencontres bilatérales la semaine passée à Tallin lors du congrès de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'accès aux innovations. Nous en discutons avec les pays de l'accord BeNeLuxA, pour faire ensemble l'*horizon scanning*, le *health technology assessment* et pour négocier les prix. Je suis très contente que dans deux jours, l'Irlande va se joindre à nous et signer cet accord.

Je suis ouverte à ce sujet mais jusqu'à présent, même les experts consultés n'ont pas de système alternatif permettant aux patients d'avoir les mêmes accès à l'innovation que ce n'est le cas aujourd'hui. Nous tentons de le faire via une coopération internationale et, à ce niveau, il y a une évolution.

Certes, le KCE a rendu son rapport. Comme vous, je l'ai lu avec beaucoup d'attention. L'élément "besoins concrets" doit effectivement être pris en considération. Grâce au concept de l'exploration de l'horizon (que je nomme *horizon scanning*), je poursuis cette initiative de coopération avec les pays nous entourant ainsi qu'avec l'Autriche et l'Irlande depuis peu. Nous serons ainsi en mesure de travailler de manière plus ciblée sur les besoins et de mettre en œuvre une approche de portefeuille dans notre politique des médicaments.

Ces scénarii sont très intéressants mais nous ne sommes pas encore prêts à les implémenter dans notre système aujourd'hui. Pour ce faire, le reste doit encore évoluer.

04.03 Marco Van Hees (PTB-GO!): Madame la ministre, vos réponses ne m'ont pas entièrement rassuré car j'ai le sentiment que l'article 81 est utilisé comme un cheval de Troie par l'industrie pharmaceutique pour avoir un accès rapide au marché des médicaments. La confidentialité qui, pour vous, est une vertu, me semble manquer de transparence. Ce n'est pas une vertu et cela n'a généralement pas d'effet positif sur les prix, surtout lorsque l'on sait les rapports que vous, ou certains membres de votre cabinet, pouvez entretenir avec l'industrie pharmaceutique.

Vous affirmez qu'il n'y a pas d'alternative à l'heure actuelle. Or, il me semble que des alternatives existent, notamment celles qui sont mentionnées dans le rapport du KCE. Il y a aussi les licences contraignantes.

Par ce dispositif, l'État oblige une entreprise à octroyer la licence d'un médicament essentiel à une autre entreprise produisant à bon marché, en échange d'un dédommagement équitable versé au détenteur du brevet.

04.04 Maggie De Block, ministre: Vous connaissez les conditions? Elles sont au nombre de deux. L'une d'elles invoque le danger pour la santé publique. Ce n'est pas présent dans tous les cas. Prenons l'exemple de quelqu'un qui souffre d'une maladie qui atrophie ses jambes: ce n'est pas une question de danger pour la santé publique.

04.05 Marco Van Hees (PTB-GO!): D'un côté, vous nous dites: "Grâce à mes accords secrets avec l'industrie pharmaceutique, je sauve des vies."

04.06 Maggie De Block, ministre: Eh bien, oui!

04.07 Marco Van Hees (PTB-GO!): D'un autre côté, vous prétendez qu'il n'y a pas de danger.

04.08 Maggie De Block, ministre: Non, mais l'obtention d'une licence repose sur certaines conditions.

04.09 Marco Van Hees (PTB-GO!): Oui.

Mais pour envisager ces conditions, il faut déjà envisager la piste.

04.10 Maggie De Block, ministre: Les conditions sont là pour exclure tant d'autres possibilités d'avoir des médicaments.

04.11 Marco Van Hees (PTB-GO!): Madame la ministre, il me semble que vous devriez commencer par envisager cette piste-là pour voir, ensuite, dans quelles conditions on peut ou on ne peut pas le faire. Vous dites vous-même qu'il y a des cas où cela ne peut pas être fait. Cela signifie qu'il y a des cas pour lesquels on peut le faire. Il me paraît que cette piste est à explorer. Cette piste est explorée par d'autres pays tels que l'Inde. La Belgique pourrait s'y mettre également.

Quant au demi-milliard d'économies, je suppose que vous ne pouvez détailler les chiffres étant donné qu'ils sont confidentiels. Y a-t-il néanmoins une possibilité d'en avoir le détail?

04.12 Maggie De Block, ministre: Tout est compté.

04.13 Marco Van Hees (PTB-GO!): C'est cela! Et vous, vous devez nous faire confiance!

La **présidente**: Nous allons arrêter là. Nous sommes dans le cadre d'une question orale. Il faudra un autre contexte pour poursuivre la discussion.

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

Les questions n^{os} 25498 et 25499 de Mme Galant sont transformées en questions écrites.

05 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le paquet de cigarettes neutre" (n° 25517)

05 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neutrale sigarettenverpakkingen" (nr. 25517)

05.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, alors que de nombreux pays ont déjà adopté le paquet de cigarettes neutre, il n'en est rien en Belgique. Or, en novembre 2016, vous étiez prête à franchir les étapes nécessaires à l'instauration d'un paquet de cigarettes neutre sous cette législature, en attendant toutefois de voir l'effet des législations adoptées dans d'autres pays.

Madame la ministre, où en est votre réflexion? Nous avons eu des éléments d'information ce matin par l'entremise de votre collaborateur. Aura-t-on droit au paquet neutre d'ici la fin de la législature, comme vous l'aviez annoncé? Si oui, quand?

05.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, le plan anti-tabac contenait plusieurs mesures qui ne sont pas inexistantes: l'objectif de réduire à 18 % le nombre de fumeurs quotidiens en 2018 et de rendre le tabac plus cher, a été réalisé, tout comme ceux consistant à limiter la demande, rendre les traitements plus accessibles, limiter l'offre et protéger du tabagisme passif.

Plus spécifiquement, et comme je l'ai déjà indiqué plusieurs fois, ma volonté de mettre en œuvre les paquets standardisés pour les cigarettes et le tabac avant la fin de la législature reste entière. Avant de finaliser ce dossier, je souhaite cependant bénéficier des premières analyses liées à l'introduction de cette mesure en France et au Royaume-Uni dans le courant de 2017. Bien que ces données soient encore limitées, elles serviront aux discussions au sein du gouvernement.

Pour ne pas perdre de temps, mes services ont déjà rédigé des projets de textes législatifs. Le principe en sera discuté au sein du gouvernement dans les prochaines semaines.

En parallèle et conformément à ce qui avait été annoncé dans ma stratégie anti-tabac, mon administration se chargera également dans les semaines à venir d'organiser une consultation des *stakeholders* concernés. Il y a déjà eu, vous l'avez vu dans la presse, des concertations au sein de notre administration, tant avec les *stakeholders*, qu'avec les producteurs de tabac.

05.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, vous confirmez ce que nous avons pu entendre de la part de votre collaborateur ce matin.

Il y a plusieurs mois, vous nous parliez déjà de "quelques semaines", j'espère donc que les "quelques semaines" d'aujourd'hui seront réduites et qu'avant les vacances de cette session parlementaire, nous

pourrons voir une mesure bien concrète se formaliser.

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

06 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "medische beeldvorming (opvolging)" (nr. 25538)

06 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'imagerie médicale (suite)" (n° 25538)

06.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een opvolgingsvraag op mijn schriftelijke vraag nr. 23759 van februari van dit jaar. Op die schriftelijke vraag hebt u geantwoord dat u bepaalde initiatieven zult nemen, maar daar stond geen timing bij; daarover heb ik bijkomende vragen.

In uw antwoord op die schriftelijke vraag zegt u dat een tweede audit die de impact van het protocolakkoord in kaart brengt, bijna is afgerond. Kunt u zeggen wanneer het resultaat van die tweede audit er is?

Inzake de omzetting van de Euratomrichtlijn antwoordt u dat het FANC die omzetting afrondt. Voor wanneer is dat gepland?

U vermeldt dat het FANC het ontwerp van koninklijk besluit over medische beeldvorming aan het finaliseren is. Is dat ontwerp van koninklijk besluit nu al klaar? Ook dat is dus een vraag naar de timing.

U vermeldt ook dat de meerwaarde van bloedtests ten opzichte van CT-scans verder onderzoek vraagt. Welke bevoegde instantie voert daarover bij u nader onderzoek, of zult u daartoe een instantie aanduiden?

U vermeldt dat er heel hard gewerkt wordt aan de introductie van *decision support tools*, waaronder het opzetten van pilootstudies. Daarbij verwijst u ook naar een toepassing die in de Verenigde Staten reeds wordt gebruikt en die ook door de Europese vereniging voor radiologie wordt ondersteund. Ook in dat verband zou ik graag weten wanneer dat plan concreet opgeleverd wordt, dus welke de timing is, en of er eventueel nog andere *decision support tools* zullen worden geïntroduceerd.

Tot slot, u vermeldt dat er in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen maatregelen zijn afgesproken om de overconsumptie verder tegen te gaan. Mijn vraag is dan ook om welke maatregelen het gaat. Hebt u daar ook een timing voor?

06.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, wat uw eerste vraag betreft, de audit en de analyses van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle liepen vertraging op doordat er fouten zaten in de gegevens die de dienst in september en in december opnieuw van de verzekeringsinstellingen ontving. Ondertussen beschikt de DGEC over nieuwe gegevens. Men werkt nu verder aan de finale versie van het auditrapport met analyses voor CT en MRI. Dit rapport zou begin juni klaar zijn. Daarna zal dit besproken worden tijdens de interkabinettenwerkgroep Medische Beeldvorming. Op basis van dit rapport zullen verschillende beleidsopties worden onderzocht. Indien relevant kunnen die dan verder worden uitgewerkt. De opgelopen vertraging was dus te wijten aan fouten in de gegevens van de verzekeringsinstellingen.

Wat uw tweede en derde vraag betreft, deze zijn eigenlijk voor mijn collega Jambon bestemd. Zoals u weet, valt het FANC onder zijn bevoegdheden. In elk geval weten veel mensen van uw politieke familie dat. Ik kan u dus alleen meegeven wat ik weet.

Het reglementair kader met betrekking tot de stralingsbescherming wordt momenteel herzien. Deze herziening gebeurt in het kader van de omzetting van de Euratomrichtlijn en betreft verschillende delen van het ARBIS, het KB van 2001 houdende de bescherming van de bevolking, de werknemers en het leefmilieu tegen het gevaar van de ioniserende stralingen. Sectorspecifieke onderwerpen worden hierbij uit het ARBIS gehaald en ondergebracht in aparte koninklijke besluiten. Dat is ook het geval voor de medische blootstelling en de blootstelling bij niet-medische beeldvorming met een medische radiologische uitrusting.

Het FANC deelde mee dat de finalisering van dit koninklijk besluit eraan komt. Het zal dus voor de komende maanden zijn.

U vroeg of er een instantie is voor de meerwaarde van een bloedtest. Ja, de Technisch Geneeskundige

Raad moet het initiatief nemen om een voorstel tot terugbetaling op te maken. Tot op heden is dit niet gebeurd.

Een onderzoek over de rol van biomerkers bij het uitsluiten van hersenletsels bij mild schedeltrauma, zoals de S100B-proteïne bloedtest, werd uitgevoerd door het KCE. Dit resulteerde in rapport 261, dat werd gepubliceerd in 2016. Een nieuw onderzoek is momenteel niet aan de orde.

Dan kom ik aan uw vijfde vraag. Een *proof of concept* met de naam iGuide, dat is een testfase bestaande uit een technische haalbaarheidstest en een meting van het effect op het voorschrijfgedrag, wordt voorbereid door een werkgroep, waarin de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FANC en experts van de sector vertegenwoordigd zijn. Gezien de uitdagingen met betrekking tot de implementatie binnen de ziekenhuizen en de eerste lijn, wordt er met verschillende werkgroepen gewerkt. Deze zullen de strategie en het plan van aanpak voor een *proof of concept* uitwerken. Daarnaast zal er ook een communicatieplan voor de voorschrijvers worden ontwikkeld. Wij wensen in de tweede helft van dit jaar te starten met de *proof of concept*.

In uw vraag spreekt u ook over het introduceren van andere *decision support tools*. Er is nog geen sprake van een introductie van beslissingsondersteuning in andere domeinen dan de medische beeldvorming. De test met iGuide, die veel werk opsloopt, zal belangrijk zijn om te bepalen of wij op technisch vlak daarin nog verder kunnen gaan en of nog beslissingsondersteuningssystemen kunnen worden uitgerold.

Dan kom ik aan uw zesde vraag. Het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019 vermeldt dat een mechanisme van financiële resposabilisering voor de voorschrijvers zal worden ingevoerd in de medische beeldvorming. Daartoe zal in de enveloppe voor medische beeldvorming voor ambulante verstrekkingen een onderscheid worden gemaakt tussen de oorsprong van de voorschrijvers: is het de huisarts of is het de specialist?

In geval van overschrijding van de enveloppe zullen de voorschrijvers die een te hoge frequentie of een te hoog volume voorschriften vertonen, onder monitoring worden geplaatst. Indien geen wijziging in het voorschrijfgedrag plaatsvindt, zullen financiële maatregelen worden getroffen.

De Medicomut buigt zich daar nu over en heeft mij beloofd per 30 juni 2018, dus volgende week, de principes te concretiseren, waarbij zowel de rol van de voorschrijver als de rol van de verstreker in aanmerking wordt genomen.

Het akkoord vermeldt ook dat in het kader van het plan doelmatige zorg ook een individuele feedback aan de huisartsen en aan de medische huizen zal worden toegestuurd, onder andere met betrekking tot de medische beeldvorming. Zoals voor het voorschrijfgedrag van medicijnen, krijgen zij een profiel, zij het voor radiologische verstrekkingen. Dat zal hun dan ook toelaten ook op dat vlak aan peerreview te doen en te worden geconfronteerd met wat zij zelf allemaal voorschrijven.

06.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor de antwoorden. U antwoordt altijd heel nauwgezet en heel gedetailleerd.

De molen maalt echter duidelijk heel langzaam. Bij verschillende van die heel belangrijke maatregelen, die ook al in uw beleidsplannen naar voren komen, is er immers heel veel vertraging.

Ik heb de data die u mij hier nu hebt gegeven en de streefdata genoteerd. Wij zullen het dossier blijven opvolgen.

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

07 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de paper van Voka" (nr. 25543)

07 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le rapport du Voka" (n° 25543)

07.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, werkgeversorganisatie Voka heeft een interessante paper gepubliceerd, met als titel *Taboes doorbreken om de zorg te transformeren*.

Zij maakt een analyse van de uitgaven die in België aan de zorg worden gegeven ten opzichte van het Europees gemiddelde. Zij betreft bij haar analyse uiteraard ook de vergrijzing, met de bezorgdheid dat wij vele miljarden extra nodig zullen hebben tegen 2040.

Zij wil ook komaf maken met het overmatig gebruik van medische beeldvorming – het onderwerp van mijn vorige vraag –, met overdiagnosticeren, met misplaatste chirurgie en te veel medicatie. U en ik zijn dus zeker niet de enigen die dit belangrijk vinden. Zij houdt een pleidooi om veel meer in te zetten op preventie.

Ik overloop niet de hele paper, maar ik haal er drie punten uit en ik wil graag weten wat uw standpunt is ten aanzien van enkele voorstellen van Voka.

Een van de voorstellen is het afschaffen en onmogelijk maken van de deconventionering, zodat zorgverstrekkers zich altijd aan de officiële tarieven moeten houden. Een ander voorstel is dat zorg zonder meerwaarde door de burger zelf zou moeten worden betaald.

Nog een ander voorstel is een soort verplichte franchise bij curatieve zorg ter waarde van 177 euro, waarbij de vrijgekomen middelen naar de maximumfactuur voor ouderen en de thuiszorg zouden verschuiven.

Mevrouw de minister, deze drie voorstellen betekenen absoluut niet dat ik het daarmee eens ben en dat dit mijn voorstellen zijn, maar ik vind het wel drie voorstellen die out of the box denken, wat altijd mijn aandacht en uw reflectie verdient.

07.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het is ook Voka duidelijk geworden dat onze gezondheidszorg voor enorme uitdagingen staat. Er zullen een aantal hervormingen moeten gebeuren en dat is ook waarmee ik bezig ben. Ik lees een aantal van hun ideeën, waarvan wij er al een aantal aan het uitvoeren zijn, maar dat weten zij misschien niet.

Ik verwijs naar het vormen van ziekenhuisnetwerken met een taakverdeling tussen ziekenhuizen, de introductie van een gebundelde financiering voor laagvariabele zorg in de ziekenhuizen, het Plan Evidence-Based Practice, het ondersteunen van de toepassing van wetenschappelijke richtingen in de zorgpraktijk. Er zijn maatregelen om overconsumptie van zorg tegen te gaan, bijvoorbeeld onze maatregelen tegen het te veel gebruiken van antibiotica en medische beeldvorming, maar ook van tranquillizers, slaapmiddelen en antidepressiva, met een responsabilisering van alle actoren, zowel zorgverleners als patiënten. Ik verwijs ook naar de hervorming van de zorg voor chronische zieken, met een overkoepelende en geïntegreerde aanpak. Ik verwijs naar de introductie van Pay-for-Quality in de ziekenhuisfinanciering die we voorbereiden, het gebruik van e-gezondheidstoepassingen om de samenwerking tussen verschillende zorgverleners rond de patiënt te organiseren, maar ook naar de modernisering van de rol van de ziekenfondsen, die steeds meer gezondheidsfondsen worden. Er zijn initiatieven om de patiënt mee aan het roer van zijn of haar gezondheid te plaatsen, dat wil zeggen inzage in de gezondheidsgegevens. Ook werken wij met onze beslissingspiramide aan apps om de gezondheid op te volgen.

Zij zeggen voorts ook dat er een verplichte conventionering moet zijn. Het woord "verplichten" is in, maar het is iets dat niet werkt in ons land. Ik doe er alles aan om zorgverstrekkers over te halen om zich te conventioneren. Het is zeer belangrijk dat er voor een patiënt een voldoende groot aanbod is van geconventioneerde verstrekkers tot wie hij of zij zich kan richten.

Bovendien heb ik in deze legislatuur al heel wat gedaan om de ereloonsupplementen terug te dringen. Denk maar aan de uitbreiding van het verbod op de ereloonsupplementen in twee- of meerpersoonskamers tot de daghospitalisatie. Ook voor buitensporige supplementen zijn maatregelen genomen, bijvoorbeeld inzake borstreconstructie met eigen weefsel na kanker. Een gemengde werkgroep RIZIV-FOD buigt zich momenteel over de ereloonsupplementen in de ziekenhuizen.

De toegankelijkheid van betaalbare zorg is in ons land voldoende gegarandeerd. Dat blijkt ook uit internationale rankings en ratings. Wij werken er dan ook hard aan om dat zo te houden.

De toetsing van de zorg op zijn wetenschappelijke meerwaarde behoort tot de opdracht van de overlegorganen waarin artsen, wetenschappers en academici vertegenwoordigd zijn. Zij doen voorstellen voor terugbetaling aan het beleid. Er wordt een groot belang gehecht aan het aspect evidencebased van de voorstellen die ik aanneem en ondersteun. Ik verwijs ter zake naar het Plan Evidence-Based Practice.

Daarnaast heb ik het actieplan doelmatige zorg opgestart. Het is erop gericht na te gaan of de aangeboden zorg doelmatig is en verantwoord wordt gebruikt.

Wat de verplichte franchise voor de patiënten betreft, mag ik u eraan herinneren dat het betaalbaar houden van de curatieve zorg een van de grote doelstellingen is van mijn beleid en van de hervormingsagenda die ik doorvoer. Het is ook met die doelstelling voor ogen dat ik de voorkeurregeling, de maximumfactuur, het derdebetalerssysteem, het statuut van chronisch zieken enzovoort ondersteun.

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

U liep parallel met Voka in alles wat u in het begin opsomde. Dat is uiteraard de reden waarom ik dat zelf niet allemaal heb opgesomd.

Inzake de deconventionering stelt u dat een verplichting niet werkt, maar dat geloof ik niet. Daarin verschillen we van mening.

Ook verschil ik met u van mening over het feit dat de toegankelijkheid van onze zorg voldoende gegarandeerd is. Onderzoek spreekt dat tegen, want de gezondheidskloof wordt alleen maar groter.

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

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidsenquête" (nr. 25545)

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enquête de santé" (n° 25545)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de laatste editie van de gezondheidsenquête dateert al van 2013. Blijkbaar zou de nieuwe nu lopen. Ik heb vernomen dat er nu ook een luik aan werd gekoppeld waarbij er effectief metingen gebeuren, onder andere van de BMI en de buikomtrek.

Hoever staat men met deze gezondheidsenquête? Hoeveel mensen zijn daar op dit moment in vertegenwoordigd en hoe verloopt het? Zijn de eerste resultaten al beschikbaar? Voor wanneer is de definitieve oplevering gepland?

De laatste editie dateert van 2013. Wij gebruiken nu dus nog steeds gegevens van meer dan vijf jaar geleden om zaken in kaart te brengen, zoals de problematiek van overgewicht en obesitas. Ik meen dat wij ons nog steeds op deze cijfers baseren omdat er geen andere gegevens voorhanden zijn. Onze fractie heeft hier al vaker een lans gebroken om een betere gegevensontsluiting mogelijk te maken. Wij zouden de demografische gegevens, die sowieso voorhanden zijn, kunnen bundelen met de medische gegevens op een hoger niveau, zodat wij nog meer gedetailleerde gegevens hebben. Maar dat staat hier eigenlijk los van.

Voorlopig moeten wij ons dus nog baseren op de gezondheidsenquête. Als ik merk dat de laatste versie al van vijf jaar geleden dateert, vraag ik mij af waarom niet elk jaar of om de twee jaar een gezondheidsenquête wordt gepland en uitgevoerd.

08.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de werkzaamheden in het kader van de Health Interview Survey verlopen zoals gepland. De fase waarin de data worden verzameld, is van start gegaan in januari van dit jaar en zal lopen tot december. Het is de bedoeling om interviews af te nemen van 11 300 personen die tot 6 500 gezinnen behoren. Om deze personen te selecteren, werd een gestratificeerd meertraps, geclusterde steekproefmethode toegepast waarin de regionale populaties worden bepaald. De nettosteekproef in het Waals Gewest moet ook interviews in de Duitstalige Gemeenschap omvatten. Het Rijksregister wordt gebruikt als steekproefkader.

In elk Gewest werd een beperkt aantal steden of gemeenten geselecteerd. In elke geselecteerde stad of gemeente wordt een beperkt aantal huishoudens geselecteerd. In elk geselecteerd huishouden worden er maximaal vier leden geselecteerd voor een interview. De resultaten zijn gewogen om de bevolkings-samenstelling te weerspiegelen.

Mijn diensten bij Sciensano hebben mij op 18 mei meegedeeld dat er al 3 228 interviews werden afgenomen. Het terreinwerk in het kader van de Health Interview Survey verloopt, zoals gezegd, over een jaar. De eerste data lopen momenteel bij Sciensano binnen, maar de analyse zal ten vroegste op het einde van dit jaar kunnen beginnen. Gedurende de tweede helft van 2019 volgt de publicatie van de resultaten.

Wat het luik Health Examination Survey aangaat, stond de teller op 3 juni op 372 toestemmingen, waarvan al 147 onderzoeken werden uitgevoerd en 72 afspraken werden vastgelegd.

U vraagt naar een hogere frequentie, meer bepaald dat er elk jaar een gezondheidsenquête wordt afgenomen. Om te beginnen kost een dergelijk onderzoek 1,8 miljoen. Dat bedrag zou, waar het nu om de zes jaar nodig is, jaarlijks voorhanden moeten zijn, maar ik neem aan dat dit voor u geen probleem vormt. Vervolgens, het gaat, zoals u weet, om niet-overdraagbare en chronische aandoeningen. Welnu, de determinanten en de zorgdiensten vormen een bijzonder aandachtspunt bij de gezondheidsenquête. Gelet op het feit dat dit domein relatief langzaam evolueert, is het dus eigenlijk niet nodig om deze enquêtes sneller op elkaar te laten volgen.

Wij volgen de aanbevelingen van Eurostat, dat aangeraden heeft de gezondheidsenquêtes om de zes jaar te houden, wat ook toelaat om verschillende enquêtes die betrekking hebben op het beleid beter op elkaar af te stemmen. Het gaat om een evenwicht tussen kosten en baten, want de enquêtes vragen veel werk, veel personeel en veel middelen. De gezondheidsenquête van 2018 in ons land is de zesde in haar soort en wordt gefinancierd met middelen vanuit zowel het federale niveau als de deelstaten.

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

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

09 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Plan Medische Hulpmiddelen" (nr. 25547)

09 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Plan Dispositifs Médicaux" (n° 25547)

09.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, al tientallen jaren is de geneesmiddelensector in ons land, en eigenlijk in heel Europa, zwaar gereguleerd. Dat is ook nodig, daar wij weten welke gezondheidsrisico's het innemen van geneesmiddelen kan inhouden.

Van bij de aanvang was deze regulering, en ook de bescherming, echter veel minder sterk voor medische hulpmiddelen. Dat geldt ook voor de implantaten, die daarvan een categorie uitmaken, en die zeer invasief zijn voor het menselijk lichaam, net als de geneesmiddelen die men inneemt.

Enkele jaren geleden, met name rond 2010-2011, kwamen er zware gezondheidsproblemen voor als gevolg van gebrekkige implantaten die nooit op de markt hadden mogen komen.

Zaken die destijds de pers haalden, waren heupprotheses die metaalionen vrijgaven in het lichaam, met blijvende gezondheidsschade tot gevolg, en ook lekkende borstimplantaten.

Een recent artikel in het weekblad *Knack* herinnerde er ons aan welke schrijnende gevolgen dergelijke zaken jaren nadien voor de betrokken mensen kunnen hebben. Als gevolg van dergelijke zware feiten heeft uw voorganger, mevrouw Onkelinx, het Plan Medische Hulpmiddelen uitgewerkt en doen goedkeuren door de regering. Dit plan resulteerde later in de wet van 15 december 2013 inzake de medische hulpmiddelen. Daar het vijfjarig bestaan van deze wet nadert, lijkt het mij tijd om de toepassing en de uitvoering ervan te evalueren.

Ik heb vastgesteld dat er recentelijk maatregelen genomen zijn inzake de registratie door de distributeurs en inzake de notificatie van een contactpunt Vigilantie. Niettemin merkten wij nog geen regeling op inzake de traceerbaarheid, waarin in het plan en in de wet over de medische hulpmiddelen was voorzien. De wet bepaalt dat de beroepsbeoefenaar die een implanteerbaar medisch hulpmiddel implanteert, verwijdt of vervangt, de relevante gegevens aan het FAGG moet meedelen met het oog op registratie en bewaring in een gegevensbank. Pas dan zal men in het geval van problemen met een bepaald implantaat alle personen

bij wie het is ingepland op korte termijn kunnen terugvinden.

Ik kom tot mijn vragen, mevrouw de minister.

Welke uitvoeringsmaatregelen van de wet van 15 december 2013 met betrekking tot de medische hulpmiddelen worden nog verwacht?

Wanneer zal de verplichte traceerbaarheid van implanteerbare medische hulpmiddelen definitief uitgewerkt zijn? Wanneer zullen de hiervoor noodzakelijke koninklijke besluiten worden bekendgemaakt?

Voor welke categorieën van implanteerbare medische hulpmiddelen zal de verplichte traceerbaarheid gelden?

Welke maatregelen overweegt u nog voor deze legislatuur aangaande de medische hulpmiddelen, en meer bepaald de bescherming van de volksgezondheid op dit vlak?

Wanneer en op welke wijze zal de toepassing van het Plan Medische Hulpmiddelen en de wet van 15 december 2013 met betrekking tot de medische hulpmiddelen geëvalueerd worden met het oog op het verdere beleid in deze sector?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, reeds sinds 2014 worden implantaten op vrijwillige basis door een aantal ziekenhuizen getraceerd. Om het voor de andere ziekenhuizen eenvoudiger te maken om zich voor te bereiden op de verplichte traceerbaarheid, wordt er momenteel gewerkt aan een bijkomende manier om die gegevens naar het traceerbaarheidsregister door te sturen. Wanneer die tests met enkele nieuwe ziekenhuizen positief verlopen, zal de traceerbaarheid veralgemeend worden, voor alle ziekenhuizen, maar ook voor de private praktijken in België. Hiertoe zal nog dit jaar een koninklijk besluit worden gepubliceerd. Dit zal dan ook meteen uitvoering geven aan artikel 51 en artikel 53 van de wet van 15 december 2013 betreffende de medische hulpmiddelen.

Die verplichte traceerbaarheid zal gelden voor tien types van implantaten, zijnde alle stents, alle neurostimulatoren, cochleaire implantaten, hydrocephalus shunts, orthopedische implantaten, esthetische of reconstructieve implantaten, elektroden en biosensoren, mechanische, elektronische en elektrische hartimplantaten en oogheelkundige implantaten.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft een systeem uitgewerkt voor autocontrole in de sector van de medische hulpmiddelen. Het is de bedoeling dat alle actoren met betrekking tot de medische hulpmiddelen samen verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit en de veiligheid van de medische hulpmiddelen. Dat is ook in uitvoering van het plan dat wij gemaakt hebben met de sector van de medische hulpmiddelen.

Het FAGG zal eerst alle actoren op de Belgische markt zorgvuldig in kaart brengen. De huidige richtlijnen worden verduidelijkt aan de hand van een autocontroleleiders. Vervolgens zullen alle geregistreerde actoren de vereiste informatie over hun producten en/of activiteiten uitwisselen met het FAGG. De verkregen informatie van de actoren wordt vervolgens aan een risicoanalyse onderworpen om betere en meer gerichte inspecties en controles te kunnen uitvoeren.

Verder is het FAGG intensief bezig met de implementatie van de nieuwe Europese regelgeving, die een verstrenging van de kwaliteitsnormen met zich meebrengt. Naast het opnemen in ons nationaal recht van de punten waarover wij als lidstaat nog een standpunt moeten innemen, zet het FAGG nu ook in op een betere communicatie naar en begeleiding of sensibilisering van de actoren op onze markt, om zo de commercialisering en het gebruik van niet-conforme medische hulpmiddelen te voorkomen.

De evolutie van de verschillende dossiers wordt maandelijks samengevat en geëvalueerd door mijn beleidschef, vertegenwoordigers van het FAGG en het RIZIV en vertegenwoordigers van de sector van de medische hulpmiddelen. Die maandelijkse voortgangsrapporten komen er natuurlijk in opvolging van het Plan Medische Hulpmiddelen.

09.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, bedankt voor uw uitvoerig antwoord.

Ik noteer dat ook private praktijken onmiddellijk zullen worden meegenomen. Tevens komt er nog dit jaar

een KB en komen er betere en meer gerichte inspecties. Verder zullen er maandelijkse voortgangsrapporten verschijnen. We volgen dit dossier verder op.

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

10 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Elaprasediprison bij Hunter" (nr. 25548)**

10 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'Elaprasediprison dans le cadre de la maladie de Hunter" (n° 25548)**

10.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, voor patiënten die al worden behandeld met Elaprasediprison loopt de terugbetaling door, maar voor nieuwe patiëntjes staat ze voorlopig on hold.

Ik heb hierover al een tijdje geleden een vraag gesteld en ik wil graag weten of er al meer nieuws is.

10.02 **Minister Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, het farmaceutisch bedrijf Shire heeft op 31 mei 2017 bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een aanvraag ingediend om ook in de terugbetaling van Elaprasediprison te voorzien voor nieuwe patiënten die niet in aanmerking komen volgens de huidige terugbetalingsvoorwaarden.

Ik heb deze beslissing recent genomen op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. De inwerkingtreding van de nieuwe terugbetalingsvoorwaarden is vastgelegd op 1 juli 2018.

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

11 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de psychologische hulp" (nr. 25561)

- mevrouw **Anne Dedry** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van consultaties bij de eerstelijnspsycholoog" (nr. 25576)

11 **Questions jointes de**

- **Mme Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement de l'aide psychologique" (n° 25561)

- **Mme Anne Dedry** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des consultations chez un psychologue de première ligne" (n° 25576)

11.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, in mei keurde de regering de terugbetaling bij de eerstelijnspsycholoog goed. De sector heeft er lang op gewacht. Ook ik heb daarover geregeld vragen gesteld en ik ben dus in eerste instantie tevreden over het principeakkoord.

Ik kan er begrip voor opbrengen dat de voorwaarden bij de start strikt en nog te beperkt zijn, maar ik heb wel een aantal kritische kanttekeningen, die ik met de sector deel. Het overleg met de huisarts is belangrijk om de drempel voor de patiënt te verlagen, maar ik begrijp niet waarom de toegang en het recht op terugbetaling moeten worden gekoppeld aan een voorschrift van de huisarts of psychiater.

Eerstelijnspsycholoog is een volwaardig eerstelijnsberoep. In het Medicomut-model in ons land sluiten de zorgverstrekkers zelf conventies af over hun vergoeding. Zelf ben ik een koele minnaar van te ver doorgedreven prestatiegefinancierde zorg. Ik vind dat er andere modellen mogelijk zijn. Als ik het goed begrepen heb, gebeurt de financiering vanuit de ziekenhuisfinanciering, op basis van artikel 107. Ik vind de financiering van een eerstelijnsgebeuren via de stromen van de ziekenhuisfinanciering visionair niet goed. Immers, beide staan haaks op elkaar.

Wat het budget betreft, ga ik ermee akkoord dat het startbudget laag kan zijn, maar ik heb u daarover al een vraag gesteld en toen was u het niet met mij eens. U zei dat ik niet kon rekenen en dat het ging over het bedrag voor één kwartaal, dat ik moest vermenigvuldigen. Ik lees nu echter dat het wel degelijk over slechts 22,5 miljoen euro per jaar gaat en niet per kwartaal.

U hebt aan de psychologen gezegd dat zij slechts 45 euro krijgen. Zij zijn daar niet tevreden mee. Zij zeggen zelf dat zij niet zouden intekenen, maar u maakte in de media een vergelijking met de huisartsen. De vergelijking gaat echter niet op, gelet op het tijdsbestek. Ik kan echter begrijpen dat het niet gaat over een goed loon voor de psycholoog, maar wel over de goede terugbetaling voor de patiënt. Daarin volg ik de sector minder.

Mevrouw de minister, wat is volgens u de meerwaarde om de consultatie van een psycholoog via de huisartsenpraktijken te regelen?

Om welke reden kiest u voor deze wijze van financiering? Is de reden dat u op die manier een gesloten enveloppe kunt aanbieden, waardoor u het bedrag onder controle hebt? Dat betekent dan wel dat patiënten mogelijk vanaf oktober tot het jaareinde niet meer geholpen kunnen worden omdat de enveloppe leeg is.

Hoe zit het precies met het bedrag van 22,5 miljoen euro? Had ik het mis of maakte u een fout?

De sector zegt onvoldoende gehoord te zijn geweest bij de uitwerking van de modaliteiten en wil zelf nog enkele voorstellen voorleggen. De koepel van psychologen stelt dat de psychologen onder de genoemde voorwaarden niet zullen intekenen. Ik hoop echt dat de koepel ongelijk heeft. Misschien kunt u eventuele intekeningen al bevestigen.

11.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, de medewerkers van mijn beleidscel hebben de voorbije maanden samen met de administraties van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid een plan opgesteld voor de vele aspecten van de terugbetaling van psychologische hulp. Na het akkoord in het kernkabinet moet het plan worden uitgewerkt. De aspecten waarover u vragen stelt, komen aan bod in het plan. Ik kan u daarover informeren, weliswaar zonder voorafnames op de definitieve regeling, aangezien het overleg nog loopt.

Het klopt dat het de bedoeling is om het aanbod aan te passen op basis van de geestelijke gezondheidsnetwerken opgericht in het kader van de hervorming van artikel 107. De verzorging die zal worden terugbetaald, behoort tot de eerstelijnspsychologische zorg. Daar wordt nogal eens aan voorbijgegaan. Zo lees ik verklaringen van patiënten die nood hebben aan langdurige gespecialiseerde zorg. De terugbetaling slaat echter op de eerstelijnspsychologische zorg. Deze terugbetaling kan de echte doorstart betekenen voor de zogenaamde functie 1 van de geestelijke gezondheidszorgnetwerken. Er wordt namelijk expliciet gesproken over vroegdetectie, screening en diagnosestelling, zaken die perfect binnen de uitoefening van de klinische psychologie of orthopedagogie vallen.

Een aspect waarnaar bij de voorbereiding veel aandacht is gegaan, is inderdaad de terugbetaling voor de patiënt. Wij willen van de terugbetaling voor de patiënt geen te hoge drempel maken. Het huidige plan bestaat erin het budget te verdelen over de verschillende zorgregio's van de netwerken, volgens artikel 107. Dat zal resulteren in een jaarlijks maximumaantal terugbetaalbare zittingen per regio. Dat aantal zal worden vastgelegd in een overeenkomst met het psychiatrisch ziekenhuis van het netwerk. Om erover te waken dat het jaarlijks maximum niet wordt overschreden en dat er een gelijke spreiding van de zittingen over het jaar is, zal het aantal gerealiseerde zittingen door de betrokken partners van het netwerk worden opgevolgd.

Inzake de verwijzing door de huisarts of psychiater wil ik toch vermelden dat de verwijzing door de huisarts of psychiater net drempelverlagend zal werken en de zorgcontinuïteit voor de patiënt zal bevorderen. Ik denk bijvoorbeeld aan de mogelijkheid dat de verwijzer rechtstreeks de beschikbaarheid van de deelnemende klinisch psychologen kan nagaan en in aanwezigheid van de patiënt een sessie kan reserveren. Op die manier moet de patiënt niet meer zelf beginnen rond te bellen om een klinisch psycholoog te vinden, die ook volgens deze werkwijze wil werken. Dergelijke slimme procedures verhogen de kans dat een patiënt effectief naar een psycholoog gaat.

Ten slotte verwijs ik, inzake de rol van de huisarts, naar de reactie van het Vlaams Patiëntenplatform, waar u ook altijd goed naar luistert: "De stelling dat de huisarts een centrale rol opneemt in de gezondheidszorg van de patiënt, zouden wij meteen ondergraven door het domein van de geestelijke gezondheidszorg uit te sluiten." Gezondheid is een holistisch gegeven en het is dus niet meer dan normaal dat, wanneer iemand moeilijkheden heeft met zijn of haar geestelijke gezondheid, ook de huisarts daarvan op de hoogte is en hem of haar kan doorsturen. Wie wil, kan nog altijd meteen naar een psycholoog stappen, zonder de huisarts daarin te kennen. Alleen zal hij of zij dan niet binnen de terugbetaling vallen. Zo zullen er ook wel mensen zijn.

Het bestaande overlegmodel met de ziekenhuizen per verstrekkergroep is trouwens niet zozeer nadelig omdat het leidt tot een prestatiefinanciering maar wel omdat het contraproductief is voor een geïntegreerde aanpak indien elke verstrekkergroep apart over de eigen terugbetaling beslist, zonder een en ander met de andere zorgverstrekkers op elkaar af te stemmen.

Men mag ook de budgettaire context niet uit het oog verliezen. U vindt 22,5 miljoen euro te weinig. Ik ook, maar het was de bedoeling om het budget verder op te bouwen. Ik herinner u eraan dat vroeger altijd in hetzelfde bedrag werd voorzien, met name 0 euro. Het is absoluut noodzakelijk dat buffers worden ingebouwd om de uitgaven ook voor deze maatregelen binnen de contouren te houden.

Om de betrokkenheid van de beroepsgroepen te garanderen, lijkt het mij evident dat de Overeenkomstencommissie van de psychiatrische ziekenhuizen een delegatie van de klinisch psychologen of de orthopedagogen hoort als het gaat over dit specifiek dossier.

11.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, over een aantal zaken ben ik het met u eens, maar ik betwijfel of het gegarandeerd is dat via artikel 107 het budget niet wordt overschreden. Dat zal misschien wel, maar ik denk dat er op deze manier ongelijkheid kan komen, want als het budget in oktober op is, is het op. Dan heeft iemand met een depressie niet dezelfde hulp als iemand met een depressie in januari.

U zegt dat het overleg nog bezig is. Er is dus nog niet over alles helemaal getrancheerd; zolang het overleg aan de gang is, is dat positief, want dat betekent dat u luistert naar de bezorgdheden van de koepels. Ik vraag mij wel af wat de timing is.

Ik begrijp ook dat de psychologen in de Overeenkomstencommissie zullen worden gehoord. Dat is positief, maar over de wijze van financieren ben ik het helemaal niet met u eens.

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

La **présidente**: Nous n'avons pas de nouvelles de M. Calomne, sa question n° 25564 est supprimée.

12 Questions jointes de

- **M. Éric Thiébaud à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la procédure relative au transfert d'officines pharmaceutiques" (n° 25568)**

- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement des demandes de transfert de pharmacies" (n° 25570)**

12 Samengevoegde vragen van

- **de heer Éric Thiébaud aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de procedure inzake de vergunningen voor de overdracht van apotheken" (nr. 25568)**

- **mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de behandeling van aanvragen voor de overdracht van apotheken" (nr. 25570)**

12.01 Éric Thiébaud (PS): Madame la présidente, madame la ministre, la procédure relative au transfert d'officines pharmaceutiques fait l'objet de nombreuses critiques de la part de certains pharmaciens qui ont déjà introduit une demande de changement de leur emplacement. Parmi les problèmes qui ont récemment été portés à mon attention, il y a le fait que la procédure soit beaucoup trop lourde et trop lente en raison de l'implication obligatoire de trop nombreux acteurs.

L'arrêté royal du 25 septembre 1974 régissant l'ouverture, le transfert et la fusion d'officines pharmaceutiques prévoit en effet que pour soumettre le dossier de demande d'autorisation à l'examen de la Commission d'implantation, plusieurs avis sont requis: celui du gouverneur de la province, celui de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, celui des unions professionnelles et celui de la Commission médicale.

En outre, il me revient que des problèmes de manque de personnel sont aussi à déplorer, engendrant de graves retards dans le traitement des demandes et dans la prise de décision de la part de la Commission d'implantation.

Madame la ministre, face à cette situation qui met beaucoup de pharmaciens en difficulté, des solutions

doivent être trouvées rapidement. La révision annoncée de l'arrêté royal du 25 septembre 1974 permettra-t-elle d'accélérer la procédure de transfert d'officines pharmaceutiques? Si oui, quelles modifications envisagez-vous pour permettre un traitement plus rapide des demandes de transfert? Dans quel délai ces nouvelles dispositions seront-elles applicables? Êtes-vous au courant des retards enregistrés par la Commission d'implantation dans le traitement des demandes de transfert? Si oui, comment comptez-vous y remédier?

12.02 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vous avais personnellement écrit, il y a quelques semaines, pour porter à votre connaissance la situation d'une pharmacienne. Celle-ci se retrouve coincée dans une situation assez invivable. Elle a demandé le transfert de sa pharmacie située au rez-de-chaussée d'une polyclinique, dans un autre local. Comme vous le savez, il y a toujours des clauses particulières pour ces transferts. Elle devait notamment prendre des options d'achat. Elle a dû continuer à financer deux emplacements, et donc assumer deux charges locatives en même temps. Tout cela parce que le traitement des demandes de transfert prend énormément de temps.

Je n'ai pas reçu de réponse de votre part à mon courrier. Mon collègue vient de rappeler les règles; je ne vais pas les répéter mais j'ajoute qu'il y a des délais très longs puisque les avis doivent être rendus dans les 60 jours pour ce qui concerne le gouverneur, la Commission médicale, l'AFMPS et les organisations pharmaceutiques. La Commission d'implantation peut en plus ordonner des mesures d'instruction complémentaires et, de nouveau, elle émet son avis dans les 60 jours à compter du jour de la séance. Ce sont des procédures lourdes et particulièrement longues mais en attendant, la situation sur le terrain est compliquée pour les pharmaciens.

J'apprends par ailleurs qu'au niveau de l'AFMPS, il n'y a plus qu'une seule personne qui travaille deux demi-journées par semaine. La personne qui travaillait avec elle à temps plein est partie depuis plus d'un an et n'a toujours pas été remplacée. J'apprends aussi que la Commission d'implantation a quatorze mois de retard. Il s'agit de trois magistrats d'un certain âge puisqu'ils ont plus de 70 ans, me dit-on, et qu'ils sont eux-mêmes à la retraite - à cet âge là, on le comprend -, mais ils sont aussi régulièrement malades. Cela peut évidemment arriver mais ils ne se réunissent donc pas aux dates prévues. En pratique, les conséquences de tout cela, ce sont évidemment les pharmaciens qui les subissent et qui sont pénalisés.

Ce n'est pas le seul dossier. J'en ai parlé avec différentes instances. Peut-on clarifier les choses ici en commission par rapport à ces problèmes dans le traitement des demandes de transfert de pharmacies? Vous êtes-vous penchée sur ce sujet? Vous ne pouvez pas l'ignorer car, je vous l'ai rappelé tout à l'heure, je vous ai moi-même écrit à ce sujet. Quelle mesure pourra-t-elle résoudre ces problèmes de manière très concrète? J'ai cité les points de faiblesse. Il faut, me semble-t-il, pouvoir envisager une révision de l'arrêté royal du 25 septembre 1974.

12.03 Maggie De Block, ministre: Chers collègues, en effet, l'un des objectifs du cadre pluriannuel était de simplifier la procédure de transfert d'officines pharmaceutiques. Comme décrit dans le cadre pluriannuel, l'avis du gouverneur, de la Commission médicale provinciale et des autres parties prenantes au processus d'avis ne sera plus demandé.

De plus, la Commission d'implantation des officines sera supprimée et sa tâche sera reprise par l'Agence fédérale des médicaments. La révision des procédures de transfert sera conçue dans le but de favoriser un maximum de simplifications administratives afin d'aider à simplifier la procédure.

La révision de l'arrêté royal du 25 septembre 1974 a fait l'objet de nombreuses réunions entre mon administration et les associations professionnelles. Je peux vous informer que ces travaux arrivent à leur fin et qu'un projet d'arrêté royal sera déposé dans les prochains mois. Ce projet devra, bien sûr, reprendre toutes les étapes nécessaires afin de pouvoir être soumis à la signature du Roi et être publié.

La source primaire du problème réside dans le fait qu'à de nombreuses reprises, la séance de la Commission d'implantation a dû être annulée à la suite de l'absence d'un ou de plusieurs membres. Ce problème était exacerbé par le fait que la Commission ne disposait pas de membres suppléants pouvant remplacer les membres effectifs absents. J'insiste ici sur le fait que les membres en question doivent être des magistrats et que, par conséquent, il n'est pas toujours facile de trouver des candidats. J'ai donc nommé d'urgence un membre suppléant. Cette mesure a permis de relancer les séances de la Commission d'implantation qui sont à présent planifiées à bref intervalle afin de résorber les retards.

Aujourd'hui, 204 dossiers sont encore en suspens. J'espère qu'après le mois d'août, le traitement des dossiers pourra reprendre selon des délais de traitement normaux, comme prévu dans l'arrêté royal du 25 septembre 1974.

Comme vous l'avez dit, il y a quatorze mois de retard. Mais je vous rappelle qu'il n'y avait pas de possibilité de remplacer un membre absent. Or, si tous les membres ne sont pas présents, la réunion ne peut avoir lieu.

Pour le reste, comme les autres avis ne seront plus nécessaires, les délais pourront être raccourcis. En outre, il est vrai que la procédure était très lourde, mais il faut également tenir compte du fait qu'il a fallu un certain temps pour obtenir un accord entre les différentes organisations sur le terrain. En effet, les associations professionnelles ne sont pas toujours sur la même longueur d'ondes.

12.04 **Éric Thiébaud** (PS): Merci, madame la ministre, pour ces éclaircissements. Voilà de belles perspectives d'avenir. Cependant, avez-vous pris des mesures pour réduire le passif, qui est quand même important? J'entends que nous allons pouvoir faire siéger les suppléants quand il n'y a pas de quorum, ce qui devrait permettre de réunir plus facilement la commission ...

12.05 **Maggie De Block**, ministre: Nous avons aussi diminué le nombre d'avis nécessaires. Cela va raccourcir les délais.

12.06 **Éric Thiébaud** (PS): Pour le futur?

12.07 **Maggie De Block**, ministre: Pour ceux qui sont en cours de traitement. Dès que cela peut commencer, c'est de cette façon qu'ils seront traités.

12.08 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Je savais, après avoir rencontré les organisations représentant les pharmaciens d'officines, que le travail avançait concrètement pour l'avenir. Faisons quelque chose qui soit simplifié, efficace, avec des délais cadrés et obligatoires.

Par ailleurs, nous verrons si la désignation du magistrat suppléant permettra de faire avancer les dossiers actuellement bloqués.

Je me permets d'attirer votre attention sur deux types de mesures.

D'abord, une fois que tout le parcours est fait, vous-même avez un délai de trois mois pour prendre une décision puisque, *in fine*, la décision revient à la ministre. Par rapport à tous les dossiers bloqués, je vous demande à tout le moins de ne pas prévoir à nouveau cette période de trois mois et d'avancer dans un délai extrêmement court.

Ensuite, il existe une difficulté au niveau de l'AFMPS, où très peu de personnel est affecté à la gestion de ces dossiers. Pour que l'on ne traîne pas trop en amont de la fameuse Commission d'implantation, il faudrait aussi un coup d'accélérateur du côté de l'Agence pour le traitement des dossiers. L'enjeu pour les pharmaciens concernés, c'est que des décisions soient prises dès maintenant, en urgence, compte tenu de l'impact extrêmement négatif qu'ils doivent subir.

La **présidente**: Je sens qu'il existe une volonté partagée. Il reste à l'appliquer sur le terrain.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'existence des salles de consommation à moindre risque" (n° 25549)**

13 **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "veilige gebruikersruimten" (nr. 25549)**

13.01 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, depuis votre prise de fonctions, vous vous déclarez en faveur d'une tolérance zéro à l'égard des drogues, largement appuyée par vos partenaires de majorité. Du

coup, depuis des mois, vous opposez une fin de non-recevoir à notre proposition visant la mise en place légale de salles de consommation à moindre risque, qui permettent aux personnes dépendantes un usage plus sécurisé des drogues et une diminution des nuisances sur l'espace public.

Et pourtant, la presse néerlandophone nous apprend que, depuis le mois d'octobre, le Zorghostel accueille une vingtaine de résidents dans la ville d'Anvers. Il s'agit d'un établissement de soins qui héberge des personnes sans domicile, des gens en assuétudes profondes qui sont autorisés à consommer des substances illicites, avec un encadrement psychosocial.

Selon Fons Duchateau, président N-VA du CPAS local, l'objectif du projet est évidemment de sortir ces gens de la dépendance, en diminuant les nuisances et le sentiment d'insécurité. Il avance donc exactement les mêmes arguments que ceux défendus dans le cadre du projet-pilote liégeois.

Madame la ministre, confirmez-vous cette information? Continuez-vous à vous opposer à une modification de la législation afin de permettre l'existence de ces salles de consommation? La tolérance zéro ne vaut-elle donc qu'au Sud du pays et pas au Nord, spécifiquement où vos partenaires de majorité sont au pouvoir?

13.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, je regrette réellement qu'on tente de communautariser le débat autour des salles de consommation à moindre risque sur base d'informations erronées.

En ce qui concerne le Zorghostel mis en place à Anvers, nous avons pris contact avec la ville d'Anvers, qui nous a fourni des informations. Dans le cadre du traitement d'un groupe déterminé de sans-abri confronté à de multiples problèmes, Anvers accueille de manière permanente des sans-abri fortement dépendants dans le Zorghostel. Ils sont accompagnés de manière continue par des intervenants multidisciplinaires. Leur chambre est considérée comme toutes les autres habitations privées. L'accent est mis sur le fait d'offrir des perspectives et sur la reconstruction d'une vie décente. La réhabilitation est l'objectif du projet mais être sevré n'est pas une condition pour entrer dans le projet, cela n'aurait pas de sens.

L'accompagnement fonctionne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et porte sur différents domaines de la vie avec un impact positif sur l'autonomie. Ce n'est en aucun cas un espace réservé aux usagers de drogues où les gens sont brièvement présents pour consommer leurs drogues illicites. Il ne s'agit donc pas d'une salle de consommation. Les utilisateurs de drogues anversoises restent exposés aux conséquences juridiques de leur consommation.

En ce qui concerne votre deuxième question, la législation fédérale ne permet pas la mise en place d'un lieu de consommation à moindre risque. La mise à disposition d'un local qui incite à consommer ou facilite la consommation de drogues illégales est passible de poursuites pénales dans le cadre de la loi Drogues de 1921.

J'ai pris acte de la volonté politique d'installer une salle de consommation à moindre risque dans la ville de Liège. Le bourgmestre ainsi que celui qui en porterait la responsabilité de par son expérience sont venus présenter le projet. Notre entretien a été très positif. Je suis sensible aux arguments mis en avant pour une telle initiative mais je trouve important voire essentiel, tant pour les intervenants sur place que pour les consommateurs, que cela ait lieu dans un cadre légal stable et clair. Il s'agit d'une décision prise par les différents ministres compétents au niveau fédéral. Cette décision concerne tant la Santé, la Justice que les Affaires intérieures. Elle ne peut pas être prise unilatéralement à mon niveau.

J'ai donc demandé qu'une rencontre se fasse avec le ministre de la Justice, M. Geens. Il semblerait qu'elle ait eu lieu. Mais lui-même a déclaré qu'il n'y avait pas d'accord au sein du gouvernement pour modifier la loi de 1921.

Voilà tout ce que j'ai dit. J'ai dit que leur projet était positif sur le plan humain et scientifique, tout en précisant que la loi ne changerait pas sous cette législature.

13.03 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse.

Loin de moi l'idée de communautariser mais vous conviendrez avec moi qu'à la lecture des informations dont nous disposons, il y a quand même pas mal de ressemblances. Même si, à Anvers, il ne s'agit pas d'une simple consommation au sens propre, comme décrit dans le projet liégeois, il y a quand même des

gens qui consomment et qui se retrouvent dans un espace protégé. Loin de moi l'idée de contester cette structure. Je trouve qu'elle a parfaitement sa place. Il est vrai que c'est un peu ambigu à l'égard du traitement des polytoxicomanes.

J'entends que vous êtes, au nom de votre parti peut-être, ou, en tout cas en tant que ministre de la Santé, favorable au projet tel qu'il a été présenté par les autorités liégeoises. Comme vous, je pense que cela répond à un problème majeur tant en termes de santé publique pour les personnes concernées qu'en termes de gestion de l'espace public. Il faut donc avancer en la matière. J'entends aussi qu'il faut convaincre les collègues du gouvernement. Je sais que M. Demeyer s'y emploie.

Quoi qu'il en soit, on ne pourra pas éternellement se mettre la tête dans un sac et faire semblant que le phénomène n'existe pas. En effet, si c'était le cas, on laisserait des gens dans une immense détresse se mettre en danger et, ce faisant, mettre en danger autrui.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, chers collègues, j'espère que la commission de la Santé pourra rendre son avis sur cette proposition de loi à la commission de la Justice avant les vacances. Et j'ose espérer que les membres de la majorité accepteront cet avis favorable.

Les questions jointes n^{os} 25579 et 25659 de M. Delizée sont reportées. La question n° 25606 de Mme Muylle est transformée en question écrite.

14 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Nathalie Muylle** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift voor geneesmiddelen" (nr. 25644)

- de heer **André Frédéric** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het elektronische voorschrift" (nr. 25834)

14 **Questions jointes de**

- Mme **Nathalie Muylle** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique de médicaments" (n° 25644)

- M. **André Frédéric** à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prescription électronique" (n° 25834)

14.01 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le lundi 28 mai, le Comité de l'Assurance de l'INAMI a annoncé que l'obligation de passer à la prescription électronique au 1^{er} juin 2018 était finalement reportée, au motif que le projet devait encore être examiné par la Chambre. De plus, un arrêté d'exécution devra ensuite être pris pour en fixer l'entrée en vigueur et les exceptions.

Madame la ministre, pourquoi avoir annoncé cette date alors que vous n'étiez pas au point légalement parlant?

Pourquoi avoir mis autant de pression sur les médecins qui, à plusieurs reprises, vous ont manifesté leurs inquiétudes pour finalement ne pas être en ordre de marche à la date annoncée?

Pourriez-vous déjà nous dire ce qu'il en est des exceptions? Qu'en sera-t-il pour les prescripteurs occasionnels? Une nouvelle version de l'application internet PARIS devait être mise à leur disposition au 1^{er} juin. Qu'en est-il concrètement?

14.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Frédéric, l'entrée en vigueur de l'obligation de la prescription électronique a été retardée parce qu'un délai supplémentaire était nécessaire pour prendre les initiatives législatives.

Une exception existait pour les prescripteurs qui atteignaient l'âge de 62 ans le 1^{er} juin. Elle est maintenue car, dans plusieurs zones, beaucoup de médecins étaient trop âgés. J'espère néanmoins que ces praticiens seront conscients - car 62 ans, ce n'est pas si vieux que cela - qu'il leur sera aussi possible de suivre des formations ad hoc.

Des adaptations du software sont en cours d'élaboration. Pour les prescripteurs occasionnels, l'application internet PARIS est prévue. De plus, sortira avant la fin du mois une nouvelle version, pour laquelle

l'installation d'un certificat e-Health ne sera plus nécessaire.

La procédure sera simplifiée parce que la technologie est plus moderne et qu'il n'est plus nécessaire d'avoir un certificat e-Health. L'identification via lecteur eID ou *It's me* reste nécessaire.

L'objectif est d'avoir la dématérialisation à disposition d'ici la mi-2019. En soins, des adaptations majeures du logiciel ne sont pas nécessaires. L'identification du patient sur base de la lecture de la carte eID est déjà disponible depuis des années. Le patient aura également la possibilité d'attribuer, à l'avance et à distance, une prescription à une pharmacie, notamment via le *personal health viewer*. Dans la prochaine version du *personal health viewer*, le patient pourra également consulter ses prescriptions en ligne.

Les chiffres récents relatifs à l'utilisation de la prescription électronique sont les suivants. Au mois de mai 2018, 13 068 médecins-généralistes ont prescrit de manière électronique. En janvier, ce chiffre était de 10 000. Cela représente une augmentation de 20 %. Pour ce qui est des dentistes, 3 512 d'entre eux ont aussi prescrit électroniquement au mois de mai; ils étaient 3 100 en janvier, ce qui représente une augmentation de 12 %. Quant aux hôpitaux, 116 ont utilisé la prescription électronique pour usage ambulatoire alors qu'en janvier, il y en avait 22. Ils ont rattrapé le retard en multipliant par cinq le recours aux prescriptions électroniques.

Pour ce qui est des pharmacies, 4 840 ont traité des prescriptions électroniques, ce qui représente quasiment chaque pharmacie ouverte au public.

Nous avons, je pense, fait beaucoup de progrès mais malheureusement, les médecins "âgés" ont refusé, au début, de suivre le mouvement. Je ne les considère pas comme étant âgés mais en commission, j'ai aussi reçu des demandes pour prendre des mesures afin d'éviter que ces médecins se retirent de la profession.

Il faut dire que nous avons fait ce que nous avons promis. Il fallait encore avoir un certificat eHealth. Nous avons cherché une solution. Ce ne sera dorénavant plus nécessaire.

14.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

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

La **présidente**: La question n° 25651 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

14.04 Catherine Fonck (cdH): En espérant recevoir la réponse rapidement.

La **présidente**: Effectivement, en espérant la recevoir rapidement. Cela ira-t-il pour la transmettre? (*Assentiment*)

15 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de Orde der dierenartsen" (nr. 25674)

15 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'Ordre des médecins vétérinaires" (n° 25674)

15.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, meerdere Parlementsleden hebben het signaal ontvangen dat de werking van de Orde der dierenartsen niet goed verloopt. Ik heb gezien dat het een groepsmail was naar heel veel Parlementsleden. Er wordt melding gemaakt van verschillende problemen, onder meer het onwettig aan de kant schuiven van democratisch verkozen leden. Men spreekt zelfs van een graaicultuur. Verder worden in bepaalde dossiers de rechten van beklagde dierenartsen geschonden. Er zijn ook al arresten van de gemengde raad van beroep van de Orde der dierenartsen en van de Raad van State.

Ik weet dat eigenlijk geen enkele minister een echte hiërarchische bevoegdheid heeft ten aanzien van de ordes. Toch heb ik enkele vragen voor u.

Hebt u weet van klachten die door uw kabinet werden ontvangen? Ik zag uw medewerker zojuist knikken, dus ik vermoed van wel. Zijn er eventueel klachten binnengekomen bij het kabinet van minister Geens? Zijn die klachten volgens u gegrond? Waarom wel of niet? Gaat u stappen ondernemen of hebt u er al

ondernomen?

Bent u van mening dat de werking van de Orde der dierenartsen momenteel goed is? Wat kunt u aan de gesignaleerde problemen doen? Bent u van mening dat de werking van de Orde der dierenartsen moet wijzigen?

15.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, ik heb nog niet zo lang geleden een vraag van mevrouw Van Camp hierover beantwoord. Dat gebeurde tijdens de commissievergadering van 24 april. U zult in het verslag kunnen lezen dat ik op de hoogte ben van de moeilijke verhoudingen binnen de Nederlandstalige Gewestelijke Raad van de Orde. Ik heb daarover contact gehad met mijn collega's van Justitie en Landbouw. Zij zijn eveneens bezorgd over deze situatie.

De verantwoordelijkheden en opdrachten van de Orde en haar raden zijn wettelijk vastgelegd. Het vastleggen en doen respecteren van de deontologische regels zijn vooral interne aangelegenheden van de Orde. De Orde staat eveneens in voor het correct inschrijven van de dierenartsen en de diergeneeskundige rechtspersonen in de lijsten van de Orde. Deze inschrijving is een wettelijke voorwaarde om diergeneeskunde te mogen uitoefenen en voor de erkenning van de dierenartsen die meewerken aan de bestrijding van de gereguleerde ziekten.

De Hoge Raad verleent formeel advies over wetgeving met betrekking tot de uitoefening van de diergeneeskunde. Ik heb geen klachten ontvangen over de manier waarop de Orde deze taak uitvoert.

De persoonlijke verhoudingen tussen de Hoge Raad en de Nederlandstalige Gewestelijke Raad, en in die laatste raad zelf, zijn een andere zaak. Op dat vlak rijst het probleem van een vertrouwensbreuk. Het herstel van dit vertrouwen kan alleen worden bereikt door dialoog. Ik heb dit ook aan mevrouw Van Camp gezegd. Wij kunnen niet in hun plaats die dialoog tot stand brengen. Ik hoop dat zij er zelf uitkomen.

Ik was in Tallinn voor de WHO. Toen ik van het vliegtuig stapte, kreeg ik het bericht dat men daar vierduizend dierenartsen heeft, waaronder veel Belgen. Zij hadden mij dan ook graag uitgenodigd. Ik was echter al terug in Zaventem toen ik het bericht te zien kreeg op Twitter.

Ik ben bereid om daarin een rol te spelen, maar de problemen die zij hebben, zijn echt intern. Wij kunnen daar vanuit het beleid niets aan doen. Het gaat om mensen die niet meer door eenzelfde deur kunnen. Wie heeft gelijk? Als uw burens ruzie maken, kunt u ook niet weten wie de schuldige is. Het is zeer moeilijk om daarin tussenbeide te komen.

15.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik weet dat u ter zake geen politieke bevoegdheid heeft, maar u eindigt met een belangrijke zin. Als burens ruzie maken, is er de vrederechter. Misschien kunt u de rol van vrederechter op u nemen om te bemiddelen. Het is al goed dat zij vragen om u te zien. Misschien kunt u toch een en ander faciliteren, want als ik alle mails bij elkaar leg, loopt het toch wel de spuigaten uit?

Ik hoor u in elk geval zeggen dat u uw rol wilt spelen. Misschien kunt u vrederechter zijn in deze burensruzie?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 25683 de Mme Fonck est transformée en question écrite. Mme Van Hoof a demandé le report de sa question n° 25694. Les questions n° 25707 de Mme Dierick, n° 25738 de M. Dallemagne et n° 25748 de Mme Smaers sont transformées en questions écrites. M. Piedboeuf demande le report de sa question n° 25760. M. Flahaux demande que sa question n° 25771 soit transformée en question écrite.

16 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de huisartsenwachtposten" (nr. 25778)**

16 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les postes de garde de médecine générale" (n° 25778)**

16.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, de huisartsenwachtposten trekken aan de alarmbel en dat is niet de eerste keer. Zo dreigen de huisartsen van de wachtpost Oost-Brabant hun post in de Justus

Lipsiusstraat te Leuven te moeten sluiten. De wachtpost, die 300 artsen telt, bereikt 210 000 inwoners uit de regio en nog eens 50 000 studenten en draait reeds jaren op subsidies van het RIZIV bedoeld voor 100 000 inwoners en 100 artsen. De subsidies staan dus niet in verhouding.

De artsen geven aan dat ze het beu zijn om zelf op te draaien voor de structurele kosten. U liet weten te werken aan een regelgevend kader om de werking, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de huisartsenwachtendiensten te uniformiseren. Ook de financiering zou worden bekeken. Het nieuwe model werd in de loop van vorig jaar verwacht.

In Leuven en omgeving bestaat een beetje de angst dat het te laat zal zijn voor de wachtpost van Oost-Brabant. Een sluiting zou toch wel negatieve gevolgen hebben voor de patiënten, die weer een beroep zullen moeten doen op de dokter van wacht, die bovendien veel minder efficiënt zal kunnen werken. Er heerst ook angst dat de spoeddiensten van de ziekenhuizen onder grote druk komen te staan.

Voorziet u op korte termijn in een oplossing voor de huisartsenwachtpost in Oost-Brabant en voor andere soortgelijke posten?

Welke maatregelen kunt u nemen?

Waaruit bestaan de maatregelen die u zult nemen in het nieuwe model, dat u hebt aangekondigd? Kunt u een tip van de sluier oplichten, ook met betrekking tot de nieuwe financiering? Gaat u bij de maatregelen uit van de aanbevelingen in de audit van Möbius?

16.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, ik heb een uitvoerig antwoord gegeven in de commissievergadering van 23 mei op vragen van onder andere mevrouw Dedry en de heer Piedboeuf. Ik heb dat antwoord bij mij, want een aantal van uw vragen worden daarin beantwoord.

Dan is er het specifieke geval van de wachtpost Oost-Brabant in de Justus Lipsiusstraat te Leuven.

Het is ietwat bizar. U hebt die vraag bij de Kamer ingediend op 29 mei. De brief met de vragen aan het RIZIV is echter pas op 8 juni binnengekomen.

Die brief wordt daar momenteel bekeken en er wordt nagegaan wat er te doen staat, maar ik kan daarop niet vooruitlopen. Ik zie alleen dat u de vraag veel eerder hebt ingediend dan de brief, die niet per drager, maar met de post werd bezorgd.

16.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, ik heb blijkbaar gemist dat een aantal collega's hierover al een vraag hadden gesteld, anders had ik mij uiteraard bij hen aangesloten.

Er was mij gezegd dat de brief op hetzelfde moment zou vertrekken, maar er is blijkbaar iets fout gelopen.

Ik zal de antwoorden die u eerder hebt gegeven, bekijken en binnenkort een opvolgingsvraag stellen.

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

17 **Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de neuromusculaire referentiecentra (NMRC)" (nr. 25779)**

17 **Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence neuromusculaires (CRNM)" (n° 25779)**

17.01 **Karin Jiroflée** (sp.a): Mevrouw de minister, patiënten met een neuromusculaire aandoening kunnen in België terecht in de acht erkende NMRC's. De centra zijn erkend door het RIZIV en garanderen personen met een neuromusculaire ziekte kwaliteit van zorg op het vlak van diagnose, behandeling en begeleiding. De zorg wordt gerealiseerd door een team van deskundigen uit alle vereiste disciplines.

Die aanpak heeft enorme voordelen voor de patiënten, omdat ze niet zelf op zoek moeten naar verschillende deskundigen, omdat het team ervaren is in de verschillende aandoeningen en complicaties die kunnen optreden en omdat het team het geheel van de aandoening beter opvolgt en, indien nodig, vaak veel sneller kan reageren. Bovendien kunnen ziekenhuisafspraken meer worden gegroepeerd.

Het belang van de NMRC's kan niet genoeg worden benadrukt op het gebied van gezondheid maar ook op het vlak van de levenskwaliteit van de meest kwetsbare personen.

De voorbije jaren is de kostprijs van de NMRC's toegenomen. Op basis van cijfers van 2015 en 2016 gaat het over een stijging met 16 %. De reden is dat patiënten meer en sneller naar de NMRC's worden gestuurd, om een betere opvolging en behandelingen te krijgen. Verwacht wordt dat die groei blijft stijgen.

Er is echter een grote besparing op het budget van de NMRC's aangekondigd. In de toekomst zullen dus met minder geld veel meer patiënten moeten worden geholpen.

Door de geplande besparingen vrezende de NMRC's, enerzijds, dat de dienstverlening voor de specifieke doelgroep achteruit zal gaan en, anderzijds, dat zij genoodzaakt zullen zijn de patiënten hogere tarieven aan te rekenen om het verlies aan inkomsten te compenseren. In beide gevallen zijn die erg kwetsbare mensen de dupe van deze eenzijdige beslissing.

Mevrouw de minister, over welke bedragen gaat het? Hoeveel bedragen de besparingen? Wat kregen de NMRC's tot dusver? Met welk budget zullen zij in de toekomst moeten werken?

Ik heb begrepen dat verschillende patiëntenorganisaties zich rond de vraag tot herziening van de maatregel hebben verenigd.

Zult u met hen in gesprek gaan of bent u met hen al in gesprek gegaan?

17.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, ten eerste, ik ben het ermee eens dat de neuromusculaire referentiecentra erg belangrijk zijn voor wie aan een neuromusculaire ziekte lijdt. Er is dan ook helemaal geen sprake van om op die centra een grote besparing te realiseren.

Vanaf 1 januari 2018 zijn op het vlak van het jaarforfait de aanrekeningen voor de opvolging van een neuromusculaire patiënt door de neuromusculaire referentiecentra onder bepaalde voorwaarden wel licht verminderd, namelijk van 1 567 euro naar 1 538 euro, zijnde dus een vermindering met 29 euro per jaarforfait.

In 2017 werden 4 262 forfaits vergoed.

De prijsvermindering brengt op jaarbasis dus een vermindering van de financiering van 124 000 euro met zich mee, terwijl de totale uitgaven 6 634 000 euro bedroegen. De prijsvermindering maakte deel uit van een aantal maatregelen die genomen werden om de begrotingsdoelstelling voor de verzekering voor geneeskundige verzorging in 2018 te respecteren.

Dat daarbij ook een kleine besparing is doorgevoerd bij de neuromusculaire referentiecentra, komt omdat de huidige financiering van de neuromusculaire referentiecentra aan een herziening toe is. Die worden gefinancierd op basis van een overeenkomst met het RIZIV, die tot stand kwam in 1998 en sindsdien nooit meer echt werd herzien. Zij is dus niet meer aan de huidige realiteit aangepast.

Zo had men bij de overeenkomst in 1998 een relatief laag aantal patiënten per referentiecentrum voor ogen. De overeenkomst legt alleen een minimum van vijftig patiënten per centrum vast en hield er rekening mee dat sommigen in de praktijk dat aantal mogelijk niet zouden halen.

Vandaag volgt een referentiecentrum gemiddeld meer dan vijfhonderd patiënten op, waarvoor telkens ook een jaarforfait kan worden aangerekend. Het is evident dat een centrum met vijfhonderd patiënten anders kan werken en anders kan worden gefinancierd dan een centrum met vijftig patiënten.

Het was destijds een bekommernis dat elk centrum over een halftijdse secretariaatsfunctie zou kunnen beschikken. Daarom werd een halftijdse secretariaatsfunctie per vijftig patiënten gefinancierd. Voor een centrum met vijfhonderd patiënten zijn echter geen vijf voltijdse secretariaatsfuncties nodig. Dergelijke anomalieën in de financiering worden ook door de referentiecentra zelf erkend.

Het huidige jaarforfait vergoedt naast zestien uur secretariaatswerk per patiënt ook nog eens vier uur arts en dertien uur werk van een andere zorgverstreker, namelijk een verpleegkundige, een ergotherapeut, een

kinesitherapeut, een psycholoog, een diëtist of een maatschappelijk werker. Om een jaarforfait voor een patiënt die tot de doelgroep behoort, te kunnen aanrekenen, moet een patiënt echter slechts twee uur begeleiding hebben gehad van de teamleden die geen arts zijn.

De artsen zelf kunnen hun tussenkomsten aanrekenen via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. De vergoeding waarin in het jaarforfait voorziet voor de artsen, is bedoeld voor de medische leiding van het referentiecentrum. Al de artsenhonoraria komen daar nog bovenop.

Het gegeven dat een jaarforfait reeds aangerekend kan worden op basis van twee uur begeleiding, maar dat het veel meer uren vergoedt, dient te worden herbeschouwd. Het kan natuurlijk dat de patiënten die weinig begeleiding krijgen gecompenseerd worden door patiënten die meer begeleiding krijgen dan via het jaarforfait vergoed wordt, maar dat hebben de referentiecentra tot nu toe niet kunnen aantonen.

Er zijn aanwijzingen dat voor veel patiënten alleen de minimaal voorziene begeleiding wordt gerealiseerd. Uit de vaststellingen van de adviserende artsen van de verzekeringsinstellingen, op basis van de aanvragen van patiënten die zij ontvingen, blijkt dat voor heel wat patiënten van de neuromusculaire referentiecentra de zorgnood veeleer beperkt is, wat de indruk versterkt dat aan een aanzienlijk deel van de patiënten voor wie nu een jaarforfait mag worden aangerekend slechts een beperkte zorg wordt verstrekt.

De huidige overeenkomst is dus te vaag over de totale omvang van het team waarover een referentiecentrum moet beschikken. De artsen van de referentiecentra stellen dat de ziekenhuisdirecties een aanzienlijk deel van de inkomsten van de referentiecentra afwenden voor andere doeleinden dan die waarvoor de middelen van de overeenkomst bedoeld zijn. Doordat de huidige overeenkomst ter zake te vaag is, hebben de ziekenhuisdirecties dan ook die mogelijkheid. Dat moeten wij verhelpen.

Er is dus niet één goede reden, maar er zijn er meerdere, om de bepalingen van de huidige overeenkomst te herzien. Binnen het RIZIV is het College van artsen-directeurs in eerste instantie verantwoordelijk voor die herziening. Het streefdoel van het College is de ter beschikking gestelde middelen uitsluitend te gebruiken voor degenen voor wie ze bedoeld zijn, met andere woorden voor de neuromusculaire patiënten. Het komt in eerste instantie ook het College toe om over de toekomstige overeenkomst ook nog te overleggen met de patiëntenorganisaties. De patiëntenorganisaties worden ook uitgenodigd om zelf hun bekommernissen al mee te delen aan het RIZIV. Ik hoop dat wij zo tot een financiering zullen komen waarin het geld dat in de overeenkomst wordt gegeven echt alleen gaat naar die mensen voor wie het bestemd is.

17.03 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kan begrijpen dat een systeem niet meer voldoet als men groeit en dat men dan op een andere manier naar de financiering moet kijken.

Ik heb er geen probleem mee dat dingen herbekeken worden, maar aangezien meer mensen worden doorgestuurd, is deze sector een beetje uit zijn voegen aan het barsten.

Er zou overleg met de patiëntenorganisaties moeten plaatsvinden, waar naar hun verwachtingen en bekommernissen geluisterd wordt. Ik hoop dat het College van artsen-directeurs dit overleg zal organiseren.

Ik durf er ook bij u op aan te dringen dat u daarop toeziet. Dit is ongetwijfeld een dossier waarop wij nog zullen terugkomen.

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

18 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la greffe du foie" (n° 25821)

18 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "levertransplantaties" (nr. 25821)

18.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, dans le domaine de la greffe du foie, la pénurie de donneurs *post mortem* a stimulé les programmes de donation vivante. La problématique est importante puisque de nombreux patients sont sur liste d'attente. Ils attendent de très nombreux mois étant donné la forte pénurie malgré tous les efforts réalisés au travers de campagnes pour la promotion du don d'organes.

Singulièrement, la durée d'attente pour les enfants et patients adultes de petit poids (notamment de moins de 50 kg), par exemple pour des patients souffrant de cirrhose biliaire primitive, est excessivement longue, puisque certains restent plus d'un an sur liste d'attente. Je dispose des chiffres que je ne répéterai pas ici aujourd'hui.

En pratique, la donation du lobe gauche au bénéficiaire d'un receveur pédiatrique est relativement simple sur le plan chirurgical avec un risque très faible pour le donneur. Il en va tout autrement pour la donation du foie droit au bénéficiaire d'un receveur adulte. Une alternative est le partage du foie *post mortem* (que l'on appelle *split liver*), méthode validée mais apparemment peu utilisée en Belgique, selon mes informations.

La littérature scientifique permet de constater que la donation vivante du foie gauche au bénéficiaire d'un receveur pédiatrique est inversement corrélée à la pratique du partage du foie prélevé *post mortem*. Or, sur le plan éthique, il me semble que le recours à la donation vivante n'est légitime qu'à la condition d'exploiter au maximum les possibilités de partage du foie *post mortem*.

Madame la ministre, pensez-vous aussi que le recours à la donation vivante n'est légitime qu'à condition d'exploiter au maximum les possibilités de partage du foie *post mortem*? Pourriez-vous nous éclairer sur les institutions qui pratiquent actuellement le partage du foie *post mortem* en Belgique? Ne pensez-vous pas indispensable de prendre des initiatives pour encourager cette pratique du *split liver* en Belgique? N'est-ce pas d'autant plus indispensable au vu du nombre de patients, y compris enfants, jeunes adultes et adultes, souffrant de cirrhose cholestatique avancée, qui pourraient en bénéficier et recevoir une greffe encore plus rapidement qu'aujourd'hui. Je vous remercie pour les réponses que vous apporterez à mes questions.

18.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, vous connaissez la loi de 1986 relative aux transplantations d'organes. Le recours à la donation vivante ne peut avoir lieu que si aucune possibilité n'est offerte par la transplantation post mortem. Par ailleurs, le Centre belge de transplantation a joué un rôle important dans le développement de la technique de transplantation de lobes de foie, le *split*. Au niveau mondial, l'UCL a été parmi les premiers hôpitaux à le pratiquer.

Actuellement, tous les centres belges participent à la mise à disposition de lobes de foies prélevés post mortem et les transplantations sont principalement pratiquées par l'UCL, à Erasme et à Gand.

Certains facteurs constituent un frein à la pratique de cette technique. Pour pouvoir la pratiquer, il faut en effet disposer d'un organe de très grande qualité. Or, puisque la moyenne d'âge des donneurs en Belgique tend à augmenter, cela s'accompagne aussi partiellement d'une diminution de la qualité des organes prélevés.

En outre, les organes de haute qualité sont prioritairement alloués aux patients en ayant besoin d'urgence. Ces patients étant plus gravement malades, ils ne sont généralement pas dans un état de santé qui autorise à ne leur greffer qu'une partie de foie.

De son côté, Eurotransplant a également édicté des règles visant à encourager le partage du foie. Pour tout donneur de moins de 50 ans et de plus de 50 kilos, il est demandé aux centres receveurs s'ils comptent partager le foie.

Enfin, en Belgique, les centres de transplantation organisent régulièrement des formations à la technique du partage du foie afin que les chirurgiens puissent s'y familiariser.

18.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Le cadre de la loi de 1986 doit évidemment s'appliquer. Mais selon mes informations, manifestement, c'est un tout petit nombre de cas par an. Il n'y a pas eu plus de dix cas par an ces dernières années. Or, un partage du foie peut permettre de transplanter deux adultes de petit poids, un adulte et un enfant ou un adulte et un adolescent. Ce faisant, on démultiplie le bénéficiaire du don. Différentes techniques existent.

Je sais que des formations sont organisées, mais si j'insiste tellement auprès de vous, c'est parce que je voudrais vraiment vous sensibiliser à ce genre de pratique. En effet, une des raisons pour lesquelles c'est peu pratiqué, c'est que cela demande une expertise chirurgicale très importante, mais aussi une gestion particulière. Il faut savoir que cela prend trois à quatre heures de plus par rapport à un simple greffon – si je puis dire – un pour un. Il y a également une logistique particulière en termes de gestion du quartier

opérateur, en termes de matériel, etc.

Selon moi, cela vaudrait peut-être la peine de prévoir un remboursement spécifique avec une nomenclature spécifique permettant véritablement de booster cette pratique de partage du foie qui serait très bénéfique pour les patients. Puis-je me permettre de dire ici qu'en 2017, quatre enfants sur neuf et 39 adultes sur 171 attendaient depuis plus d'un an une greffe de foie. Pour ces patients, cela permettrait de diminuer le temps d'attente de manière drastique.

Je me permets donc de vous demander de prendre des initiatives en faveur de cette pratique dont celle relative à un remboursement spécifique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17.08 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.08 uur.