

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

8 december 2017

**ONTWERP VAN ALGEMENE
UITGAVENBEGROTING**

voor het begrotingsjaar 2018

ADVIES

over sectie 25 – FOD Volksgezondheid,
Veiligheid van de Voedselketen en
Leefmilieu (*Partim: Volksgezondheid*)

VERSLAG

NAMENS DE COMMISSIE
VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU
EN DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Yoleen VAN CAMP**

INHOUD

Blz.

I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Vragen en opmerkingen van de leden	4
III. Antwoorden van de minister.....	49
IV. Replieken.....	121
V. Stemming.....	125

Zie:

Doc 54 **2690/ (2017/2018):**

001: Ontwerp van algemene uitgavenbegroting.
002: Ontwerp van algemene uitgavenbegroting (deel II).
003: Amendement.
004 tot 007: Verslagen.
008: Amendementen.
009 tot 035: Verslagen.

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

8 décembre 2017

**PROJET DU BUDGET
GÉNÉRAL DES DÉPENSES**

pour l'année budgétaire 2018

AVIS

sur la section 25 – SPF Santé publique,
Sécurité de la Chaîne alimentaire et
Environnement (*Partim: Santé publique*)

RAPPORT

FAIT AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTÉ PUBLIQUE, DE L'ENVIRONNEMENT
ET DU RENOUVEAU DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Yoleen VAN CAMP**

SOMMAIRE

Pages

I. Exposé introductif	3
II. Questions et observations des membres.....	4
III. Réponses de la ministre.....	49
IV. Répliques.....	121
V. Vote.....	125

Voir:

Doc 54 **2690/ (2017/2018):**

001: Projet du budget général des dépenses.
001: Projet du budget général des dépenses (partie II).
003: Amendement.
004 à 007: Rapports.
008: Amendements.
009 à 035: Rapports.

7573

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Muriel Gerkens

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA Renate Hufkens, Yoleen Van Camp, Valerie Van Peel,
Jan Vercammen
PS André Frédéric, Alain Mathot, Daniel Senesael
MR Luc Gustin, Benoît Piedboeuf, Damien Thiéry

CD&V Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Open Vld Dirk Janssens, Ine Somers
sp.a Karin Jiroflée
Ecolo-Groen Muriel Gerkens
cdH Catherine Fonck

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

An Capoen, Werner Janssen, Koen Metsu, Sarah Smeyers, Bert Wollants
Nawal Ben Hamou, Frédéric Daerden, Eric Massin, Fabienne Winckel
Sybille de Coster-Bauchau, Caroline Cassart-Mailleux, Olivier Chastel, Stéphanie Thoron
Franky Demon, Nahima Lanjri, Vincent Van Peteghem
Katja Gabriëls, Nele Lijnen, Annemie Turtelboom
Monica De Coninck, Maya Detiège
Anne Dedry, Evita Willaert
Michel de Lamotte, Benoît Lutgen

C. — Niet-stemgerechtigd lid / Membre sans voix délibérative:

DéFI Véronique Caprasse

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

Afkortingen bij de nummering van de publicaties:

DOC 54 0000/000: Parlementair document van de 54^e zittingsperiode +
basisnummer en volgnummer
QRVA: Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV: Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV: Beknopt Verslag
CRIV: Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag
en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken
(met de bijlagen)

PLEN: Plenum
COM: Commissievergadering
MOT: Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Abréviations dans la numérotation des publications:

DOC 54 0000/000: Document parlementaire de la 54^e législature, suivi
du n° de base et du n° consécutif
QRVA: Questions et Réponses écrites
CRIV: Version Provisoire du Compte Rendu intégral
CRABV: Compte Rendu Analytique
CRIV: Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le
compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu
analytique traduit des interventions (avec les an-
nexes)

PLEN: Séance plénière
COM: Réunion de commission
MOT: Motions déposées en conclusion d'interpellations
(papier beige)

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen:
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel.: 02/ 549 81 60
Fax: 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail: publicaties@dekamer.be

De publicaties worden uitsluitend gedrukt op FSC gecertificeerd papier

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes:
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél.: 02/ 549 81 60
Fax: 02/549 82 74
www.lachambre.be
courriel: publications@lachambre.be

Les publications sont imprimées exclusivement sur du papier certifié FSC

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft sectie 25 – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, *partim* Volksgezondheid, van het ontwerp van algemene uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2018 (DOC 54 2690/001), evenals de daarop betrekking hebbende verantwoording (DOC 54 2691/015) en beleidsnota (DOC 54 2708/011), besproken tijdens haar vergaderingen van 8, 21 en 28 november 2017.

De vragen [...] werden beantwoord tijdens deze bespreking en moeten derhalve als behandeld worden beschouwd.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

Als aanvulling op de beleidsnota gaat *mevrouw Maggie De Block, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid*, in op de volgende elementen betreffende het begrotingskader.

De minister presenteert voor 2018 een gezondheidsbegroting in evenwicht. Die begroting werd die enkele weken geleden met een overgrote meerderheid ook goedgekeurd en aangenomen in de Algemene raad van het RIZIV.

De kwaliteit en de financiële toegankelijkheid van de zorg voor de patiënt komen niet in het gedrang. Het beheren en beheersen van de uitgaven van de verplichte verzekering blijft een permanent aandachtspunt in mijn beleid. Het toekomstpact met de farmaceutische sector en een analoog pact met de sector van de medische hulpmiddelen dragen daartoe bij. Dit alles zal de patiënt ten goede komen.

Voor 2018 wordt de groeinorm van 1,5 % (zoals overeengekomen in het budgettair meerjarencader) volledig toegekend en wordt de indexmassa (1,68 %) integraal ter beschikking gesteld van de overeenkomstencommissies en akkoordraden.

De maatregelen die in het kader van deze begroting worden genomen ten belope van 238 miljoen euro zijn geen bijkomende besparingsmaatregelen. Deze zijn er enkel op gericht om het zonet genoemd budgettair kader te laten respecteren. Tegelijkertijd wordt er structureel bijkomend geïnvesteerd in de gezondheidszorg in 2018 en de daarop volgende jaren.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission examiné la section 25 – SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, *partim* Santé publique, du projet de loi contenant le budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2018 (DOC 54 2690/001), ainsi que la justification (DOC 54 2691/015) et la note de politique générale y afférentes (DOC 54 2708/011) au cours de ses réunions des 8, 21 et 28 novembre 2017.

Il a été répondu aux questions [...] dans le cadre du présent débat et celles-ci doivent par conséquent être considérées comme ayant été traitées.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

En complément à la note de politique générale, *Mme Maggie De Block, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique*, expose les éléments suivants concernant le cadre budgétaire:

La ministre présente, pour 2018, un budget santé en équilibre qui a également été approuvé à une très large majorité, il y a quelques semaines, par le Conseil général de l'INAMI.

La qualité et l'accessibilité financière des soins au patient ne sont pas mises en péril. La gestion et la maîtrise des dépenses de l'assurance obligatoire demeurent un point d'attention permanent de sa politique. Le pacte d'avenir avec le secteur pharmaceutique et un pacte similaire avec le secteur des dispositifs médicaux y contribuent, le tout au bénéfice du patient.

Pour 2018, la norme de croissance de 1,5 % (convenue dans le cadre budgétaire pluriannuel) sera entièrement allouée et la masse d'indexation (1,68 %) sera intégralement mise à la disposition des commissions de conventions et des conseils d'accords.

Les mesures prises dans le cadre de ce budget pour un montant de 238 millions d'euros ne sont pas des mesures d'économies supplémentaires. Elles visent seulement à assurer le respect du cadre budgétaire précité. Parallèlement, sur le plan structurel, un montant supplémentaire sera investi dans le secteur des soins de santé en 2018 et au cours des années suivantes.

II. — VRAGEN EN OPMERKINGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) stelt vast dat één derde van de overheidsuitgaven in België naar gezondheidszorg gaat. Men zou dus verwachten dat de Belgische gezondheidszorg van uitstekende kwaliteit moet zijn. Maar België scoort internationaal niet schitterend op het vlak van gezondheidszorg. Het KCE noemt in een rapport uit 2015 de kwaliteit van de Belgische gezondheidszorg “gemiddeld”.

Verhouding kosten-kwaliteit

Daarom is het stokpaardje van de fractie van de spreekster om de middelen efficiënter in te zetten – eenzelfde of betere kwaliteit van zorg voor hetzelfde of een lager budget – zodat zowel de patiënt als de maatschappij bespaart. De vrijgekomen middelen kunnen dan ingezet worden voor nieuwe zorgnoden (zoals nieuwe kankertherapie, hoorapparaten, pre-traject diabetes, preventie, enzovoort) en om te herinvesteren in de gezondheidszorg, zoals in het zorgpersoneel dat echt naar een opwaardering snakt.

In vorige regeerperiodes werden er steeds weer blinde, lineaire besparingen doorgevoerd, waardoor er heel wat is scheefgegroeid, zoals het ontoereikende budget voor de ziekenhuizen, dat gecompenseerd wordt met het systeem van afdrachten, wat overconsumptie in de hand werkt. Tot grote vreugde van de spreekster heeft de huidige regering daarmee gebroken en heeft ze werk gemaakt van structurele hervormingen om de zorg beter te organiseren, zoals de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, een hervorming van koninklijk besluit 78, een herijking van de nomenclatuur en meer inzet op de eerstelijnszorg. Het is echter moeilijk om decennia van scheegroei op een paar jaar tijd recht te trekken.

De minister gaf zelf aan dat het tegen het einde van de regeerperiode tijd was om op te leveren en de fractie van de spreekster deelt die mening. Daarom is de fractie bezorgd dat er in de beleidsnota toch nog vaak sprake is van het opstarten van nieuwe studies en doorlichtingen. De staatsschuld is nu al hoog, dus wil de fractie van de spreekster de tering naar de nering zetten, zodat de toekomstige generaties niet opgezaaid worden met de rekening. De studies die aangeven dat de middelen beter ingezet kunnen worden, moeten nu worden toegepast.

II. — QUESTIONS ET OBSERVATIONS DES MEMBRES

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) constate qu'un tiers des dépenses publiques de la Belgique est consacré aux soins de santé et indique qu'il serait dès lors légitime de s'attendre à ce que les soins de santé soient excellents dans notre pays. Or, la Belgique ne brille pas sur ce plan à l'échelle internationale. Dans un rapport de 2015, le KCE indique que la qualité des soins de santé est “moyenne” en Belgique.

Rapport coût-qualité

C'est pourquoi le groupe de l'intervenante tient particulièrement à ce que ces moyens soient utilisés plus efficacement – maintien ou amélioration des soins pour un budget identique – afin que le patient et la société réalisent des économies. Les moyens libérés pourraient ensuite être consacrés à de nouveaux besoins en matière de soins (nouvelles thérapies contre le cancer, appareils auditifs, pré-trajet diabète, prévention, etc.) et réinvestis dans les soins de santé, par exemple au bénéfice du personnel soignant, qui aspire réellement à une revalorisation.

Sous les législatures précédentes, les économies réalisées ont toujours été aveugles et linéaires, si bien que de nombreuses distorsions sont apparues. Par exemple, l'insuffisance du budget des hôpitaux a été compensée par le système des transferts, qui a favorisé la surconsommation. L'intervenante se réjouit que le gouvernement actuel ait abandonné cette piste et adopté des réformes structurelles en vue de l'amélioration de l'organisation des soins, par exemple la réforme du financement des hôpitaux, une réforme de l'arrêté royal n° 78, un réajustement de la nomenclature et une accentuation des soins de première ligne. Il est toutefois difficile de rectifier plusieurs décennies de distorsions en quelques années.

La ministre a elle-même indiqué que la fin de la législature était le moment de tenir les engagements pris. Le groupe de l'intervenante est également de cet avis. C'est pourquoi il s'inquiète que la note de politique à l'examen évoque néanmoins une nouvelle vague d'études et d'investigations. La dette publique étant déjà élevée, le groupe de l'intervenante souhaite que la Belgique vive selon ses moyens afin que les générations à venir ne doivent pas payer la facture. Il faut appliquer dès maintenant les études selon lesquelles les moyens pourraient être mieux affectés.

Efficiënte inzet van middelen en slimme besparingen

Het verheugt de fractie van de spreekster dat de minister enkele van haar voorstellen om de gezondheidszorg efficiënter te maken al heeft doorgevoerd en dat in de beleidsnota het pad van efficiënte gezondheidszorg verder wordt bewandeld.

De al doorgevoerde budgettaire maatregelen zijn:

- de invoering van de *patent cliff*;
- sociale maatregelen zoals het vergemakkelijken van de derdebetalersregeling, die een besparing opleveren en de kosten voor de burger drukken;
- het stimuleren van goedkoop voorschrijven en het drukken van de prijs van *biosimilars* en generische geneesmiddelen.

In de beleidsnota wordt er een stap verder gegaan wat goedkoop voorschrijven betreft. In de eerste plaats wordt de 60 %-doelstelling, die al geldt voor huisartsen, naar specialisten uitgebreid. De spreekster wenst te vernemen welke methodologie hierbij zal worden gevolgd. Een tijdje geleden bleek uit opgevraagde cijfers dat *on patent*-geneesmiddelen waarvoor nog geen alternatief bestond werden meegeteld als “niet-goedkoopste” middel. Is die methode ondertussen gewijzigd? Op welke manier zal dat percentage dan worden berekend? Zou het ook niet goed zijn om verder te gaan dan de huidige feedbackrapporten en bijvoorbeeld *incentives* te voorzien voor artsen die het goed doen? Die *incentives* zouden kunnen worden gefinancierd via de besparing die met het goedkoopst voorschrijven wordt gerealiseerd.

In de nieuwe besparingsvoorstellen wordt er verder ingezet op biologische geneesmiddelen. Concreet wenst mevrouw Van Camp te vernemen wat er zal ondernomen worden en met welke timing om ervoor te zorgen dat er meer wordt ingezet op *biosimilars*.

Het is volgens de spreekster ook een goede zaak dat het gebruik van generische geneesmiddelen nog meer zal worden gestimuleerd, en meer in het bijzonder door het aanmoedigen van het aankopen van *biosimilars* in de ziekenhuisapotheken. Zal de methodologie ook hier worden bewaakt en zal er met name worden ingezet op het goedkoopste middel, wat soms ook een origineel

Affectation efficace des moyens et économies intelligentes

Le groupe de l'intervenante se réjouit du fait que la ministre ait déjà mis en œuvre quelques-unes de ses propositions visant à renforcer l'efficacité des soins de santé et que la note de politique générale poursuit sur la voie de soins de santé efficaces.

Les mesures budgétaires déjà mises en œuvre sont les suivantes:

- l'introduction du *patent cliff*;
- des mesures sociales telles que la facilitation du régime du tiers payant qui génère une économie et comprime les coûts pour le citoyen;
- la stimulation des prescriptions bon marché et la compression du prix des médicaments biosimilaires et génériques.

Dans la note de politique générale, une étape est franchie en ce qui concerne les prescriptions bon marché. Premièrement, l'objectif des 60 %, qui s'applique déjà aux médecins généralistes, est étendu aux spécialistes. L'intervenante souhaite savoir quelle méthodologie sera suivie à cet égard. Il y a quelques temps, il est ressorti des chiffres demandés que les médicaments sous brevet pour lesquels il n'existait pas encore d'alternative étaient comptabilisés parmi les médicaments “qui ne sont pas les moins chers”. Cette méthode a-t-elle été modifiée dans l'intervalle? Dans ce cas, quelles seront les modalités de calcul de ce pourcentage? Ne serait-il pas bon aussi d'aller plus loin que les rapports de *feed-back* actuels et, par exemple, de prévoir des incitants pour les médecins qui appliquent de bonnes pratiques? Ces incitants pourraient être financés par le biais des économies réalisées au moyen de la prescription la moins chère.

Les nouvelles propositions d'économies continuent à miser sur les médicaments biologiques. Concrètement, Mme Van Camp souhaite savoir ce qui sera entrepris et selon quel calendrier afin de miser davantage sur les biosimilaires.

L'intervenante considère également comme une bonne chose que l'utilisation de médicaments génériques soit encore davantage stimulée à l'avenir, et ce plus particulièrement en encourageant l'achat de biosimilaires dans les pharmacies hospitalières. À cet égard, la méthodologie sera-t-elle également contrôlée et misera-t-on notamment sur le médicament le

biologisch middel kan zijn, als de prijs daarvan drastisch zakt zodra het patent vervalt?

Een andere nieuwe maatregel waarover de fractie van de spreekster verheugd is, is de terugbetaling van de klinisch psycholoog, waarvoor mevrouw Renate Hufkens een resolutie had ingediend. Het KCE meldde in zijn eerder genoemde rapport echter dat de preventieve geestelijke gezondheidszorg in België beter kon en dat het gebruik van antidepressiva nog sterk zou toenemen. Door de consultatie bij de klinisch psycholoog terugbetaalbaar te maken, zou het gebruik van antidepressiva teruggedrongen kunnen worden en zou er een einde kunnen worden gemaakt aan de huidige overconsumptie. Het budget van 22 miljoen dekt een veralgemeende betaling natuurlijk niet. Welke patiënten zullen dus in aanmerking kunnen komen voor een terugbetaling en onder welke voorwaarden? Zijn er, in het kader van de preventieve gezondheidszorg, ook plannen om consultaties bij de diëtist terug te betalen, vooral dan voor mensen met overgewicht in een vroeg stadium?

De ziekenfondsen betalen nog altijd zaken terug vanuit de aanvullende verzekering waarvan de werkzaamheid en de kosteneffectiviteit niet wetenschappelijk onderbouwd zijn. Zal dit nu eindelijk worden aangestuurd? Er zijn immers nog zoveel andere noden, zoals onder andere inzake tandzorg.

Om te voorkomen dat er nog zoveel onverantwoorde terugbetalingen zouden gebeuren, zou de minister een *evidence based medicine*-comité oprichten dat de lijst van terugbetaalbare genees- en hulpmiddelen grondig zou herbekijken. Hoe staat het met dat comité en welke terugbetalingen zijn er al herbekeken?

De fractie van de spreekster is verheugd dat er is ingegaan op haar voorstel over de beslissingsboom voor medisch-technologische onderzoeken. Zal er ook een soort opvolging gebeuren en hoe zal dat in zijn werk gaan?

De minister kondigt in haar beleidsnota een studie aan over de programmatie van MRI-apparatuur. Wanneer zullen de resultaten van die studie worden opgeleverd?

Nood aan snelle aanpak van essentiële hervormingen

De fractie van de spreekster betreurt dat een aantal noodzakelijke budgettaire maatregelen soms lang op

moins cher, qui peut aussi parfois être un médicament biologique original, lorsque son prix baisse de manière drastique dès que le brevet expire?

Une autre nouvelle mesure dont le groupe de l'intervenante se réjouit est le remboursement des séances de psychologie clinique en faveur duquel Mme Renate Hufkens avait déposé une proposition de résolution. Le KCE a signalé dans son rapport précité que les soins préventifs de santé mentale en Belgique pouvaient être améliorés et que l'utilisation d'antidépresseurs allait encore fortement augmenter. En prévoyant le remboursement de la consultation chez le psychologue clinicien, il serait possible de réduire la consommation d'antidépresseurs et de mettre un terme à la surconsommation actuelle. Le budget de 22 millions ne couvrira évidemment pas un remboursement généralisé. Quels patients seront-ils dès lors pris en considération pour un remboursement et sous quelles conditions? Dans le cadre des soins de santé préventifs, envisage-t-on également de rembourser les consultations chez le diététicien, surtout pour les personnes en surpoids à un stade précoce?

Les mutualités procèdent encore à des remboursements, dans le cadre de l'assurance complémentaire, de prestations dont l'efficacité et le rapport coût/efficacité ne sont pas étayés scientifiquement. Ces incohérences vont-elles enfin être rectifiées? Il existe en effet encore tant d'autres besoins, notamment en matière de soins dentaires.

La ministre aurait l'intention de mettre en place un comité d'*evidence based medicine* chargé de revoir en profondeur la liste des médicaments et des dispositifs remboursables afin d'empêcher qu'autant de remboursements injustifiés ne soient encore effectués. Où en est-on de ce comité et quels remboursements ont-ils déjà été revus?

Le groupe de l'intervenante se réjouit de l'adoption de sa proposition visant à prévoir un arbre de décision pour les études médico-techniques. Une sorte de suivi sera-t-il également prévu? Dans l'affirmative, quelle forme prendra-t-il?

Dans sa note de politique générale, la ministre annonce une étude sur la programmation des appareils IRM. Quand les résultats de cette étude seront-ils connus?

Nécessité de mener rapidement des réformes essentielles.

Le groupe de l'intervenante déplore que plusieurs mesures budgétaires nécessaires se fassent parfois

zich laten wachten. Als gevolg daarvan werden er in het verleden besparingsmaatregelen genomen die niet strookten met het rechtvaardigheidsgevoel, zoals een niet-indexering van de artsenhonoraria. Het is dan ook een opsteker, vooral voor het eerstelijns personeel en de thuisverpleging, dat er voor 2018 geen nieuwe gedeeltelijke indexsprong wordt toegepast op de honoraria van de zorgverleners.

Over een aantal noodzakelijke hervormingswerven maakt de fractie zich echter wat zorgen. De partij van de spreekster wenst daarom te vernemen hoe ver de minister staat met de volgende maatregelen.

Wat de nieuwe wet op de gezondheidszorgberoepen (koninklijk besluit 78) betreft, werd in de beleidsnota 2017 vermeld dat eerst de minimale kwaliteits- en veiligheidseisen voor gezondheidszorgbeoefenaars zouden worden uitgewerkt, en er werk zou worden gemaakt van de oprichting van een Raad voor Kwaliteitsvolle Praktijkvoering die zou instaan voor de monitoring en controle op de kwaliteitsvolle praktijkvoering. In een tweede fase zou er werk worden gemaakt van een hervorming van koninklijk besluit 78, met daarin aandacht voor een verhoogde autonomie voor de patiënt en de zorgverleners, en een verhoogde interdisciplinariteit.

Uit de beleidsnota 2018 blijkt echter dat de uitwerking van de kwaliteit- en veiligheidseisen voor gezondheidszorgbeoefenaars nog steeds niet is afgerond en dat de Raad voor Kwaliteitsvolle Praktijkvoering nog moet worden opgericht. Ook van fase 2 lijkt er nog steeds geen werk te zijn gemaakt. Wanneer kan men het wetsontwerp inzake de zorgpraktijk verwachten? Welke vooruitgang is er bovendien geboekt met betrekking tot het koninklijk besluit 78?

Enkele jaren geleden gaf een KCE-rapport aan dat een herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur nodig was. Het zou namelijk nodig zijn om wat betreft verloning onverantwoorde verschillen tussen disciplines weg te werken. Ook in de beheersovereenkomst 2016-2018 met het RIZIV is opgenomen dat een grondige herijking en vereenvoudiging van de nomenclatuur zal plaatsvinden. Bovendien wordt er in de beleidsnota 2018 melding gemaakt van de afronding van 2 studies, door de ULB en door de KU Leuven, begin 2018. Op welke manier zullen die studies bijdragen aan de herijking van de nomenclatuur? Op welke onderzoeksvragen zal er een antwoord worden gegeven?

Hoe ver staat de minister bovendien met de herijking van de nomenclatuur en hoe ver wenst zij deze regeerperiode nog te geraken?

attendre longtemps. En conséquence, des mesures d'économie prises par le passé, comme la non-indexation des honoraires des médecins, ont été vécues comme des injustices. C'est donc une bonne chose qu'il ne soit procédé à aucun nouveau saut d'index partiel sur les honoraires des prestataires de soins, surtout pour le personnel de première ligne et les prestataires de soins infirmiers à domicile.

Le groupe de l'intervenante exprime toutefois ses inquiétudes à propos de plusieurs chantiers de réformes nécessaires. C'est pourquoi il s'enquiert de l'état d'avancement des dossiers suivants.

S'agissant de la loi relative aux professions des soins de santé (arrêté royal n° 78), la ministre indique dans sa note de politique générale 2017 qu'il conviendrait tout d'abord de fixer des exigences minimales de qualité et de sécurité pour les professionnels des soins de santé et d'œuvrer à la création d'un conseil pour les pratiques de qualité dans les soins de santé, qui serait chargé de la surveillance et du contrôle des pratiques de qualité dans les soins de santé. Dans un second temps, il conviendrait de s'atteler à la réforme de l'arrêté royal n° 78, en veillant à accroître l'autonomie des patients et des prestataires de soins, ainsi que l'interdisciplinarité.

Il ressort toutefois de la note de politique générale 2018 que les exigences minimales de qualité et de sécurité pour les professionnels des soins de santé ne sont toujours pas fixées et que le conseil pour les pratiques de qualité dans les soins de santé reste à créer. La seconde phase ne semble pas davantage avoir été lancée. Quand le projet de loi relatif à la pratique des soins sera-t-il présenté? Par ailleurs, quelles sont les avancées enregistrées dans le dossier de la réforme de l'arrêté royal n° 78?

Il y a quelques années, le KCE indiquait dans un rapport qu'une modernisation et une simplification de la nomenclature étaient nécessaires, en vue notamment d'éliminer les différences injustifiées de rémunération existant entre les disciplines. Le contrat d'administration 2016-2018 conclu entre l'INAMI et le gouvernement fédéral prévoit également une modernisation et une simplification approfondies de la nomenclature. En outre, la note de politique générale 2018 annonce l'achèvement de deux études, l'une de l'ULB, l'autre de la KU Leuven, au début de l'année 2018. Comment ces études contribueront-elles à la modernisation de la nomenclature? À quelles questions ces études répondront-elles?

Par ailleurs, où en est le projet de révision de la nomenclature? Quelles avancées la ministre souhaite-t-elle encore engranger à cet égard avant la fin de la législature?

Van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering wordt momenteel al werk gemaakt, zoals blijkt uit de beleidsnota 2018. De ziekenhuisnetwerken krijgen vorm: er komt een wetsontwerp rond “locoregionale” klinische netwerken en er zal een proces worden afgesproken met de gemeenschappen om deze netwerken te beoordelen. De fractie van de spreekster is echter van mening dat deze ziekenhuisnetwerken vandaag een eerder vrijwillig karakter hebben en er allianties worden aangegaan die niet logisch zijn. Zullen er dus met de gemeenschappen afspraken worden gemaakt om erover te waken dat de ziekenhuisnetwerken wel in lijn liggen met de organische stromen van patiënten?

Nog steeds in het kader van de ziekenhuisfinanciering, zal de laagvariabele zorg in juli 2018 worden ingevoerd. In een eerste fase zal het vast bedrag dat wordt toegekend enkel bestaan uit honoraria, later wordt dit stapsgewijs uitgebreid met geneesmiddelen, implantaten, Budget van Financiële Middelen (BFM) en dagforfaits. Welke volgende stappen zullen concreet worden genomen om naast de honoraria, ook de andere genoemde aspecten van de ziekenhuisfinanciering in het systeem van drie clusters (laagvariabel, mediumvariabel en hoogvariabel) in te bouwen en welke timing wordt hiervoor voorzien?

Wat gebeurt er bovendien met de andere onderdelen van de ziekenhuisfinanciering? Hoe ver staat het met de doorlichting van de besteding van het BFM? Klopt het dat er pas eind 2018 een tool zal zijn om die audit door te voeren? Wanneer zullen de eerste resultaten dan bekend worden gemaakt en wat zal er dan bestudeerd worden?

Recent bleek ook dat een aantal ingrepen niet in daghospitalisatie gebeuren omdat ze niet op de lijst zijn opgenomen, zoals galblaasverwijdering. Is dat onder tusschen aangepast?

De laatste nodige hervorming die de spreekster wenst te behandelen is de shift naar eerstelijnszorg en transmurale zorg. Om de gezondheidszorg betaalbaar te houden is er nood aan een sterkere focus op eerstelijnszorg en transmurale zorg. Zo kunnen (re)hospitalisaties worden beperkt, en komt er meer ruimte vrij voor de ziekenhuizen om de beperkte beschikbare personele middelen optimaal in te zetten. Volgens het Plan van Aanpak van de ziekenhuisfinanciering zou in de herijkte nomenclatuur een vergoeding voor transmurale zorg en multidisciplinair overleg worden opgenomen. Hoe ver staat het daar mee? In de nieuwe beleidsnota wordt er gewag gemaakt van evaluaties van de pilootprojecten rond “thuishospitalisatie” en “bevallen met kort

Selon la note de politique générale 2018, la ministre œuvre d'ores et déjà à la réforme du financement des hôpitaux. Les réseaux hospitaliers prennent forme: un projet de loi relatif aux réseaux cliniques “locorégionaux” d'hôpitaux sera présenté d'ici peu et la ministre conviendra d'un processus avec les Communautés afin d'évaluer ces réseaux. Le groupe de l'intervenante estime toutefois que, pour l'heure, l'appartenance à ces réseaux d'hôpitaux se fait plutôt sur une base volontaire et que des alliances illogiques sont conclues en la matière. La ministre s'accordera-t-elle dès lors avec les Communautés pour veiller à ce que les réseaux d'hôpitaux correspondent bien aux flux organiques de patients?

Toujours dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, le système de soins à faible variation sera instauré en juillet 2018. Dans un premier temps, le montant fixe qui sera octroyé ne sera constitué que d'honoraires. Par la suite, ce montant sera progressivement étendu aux médicaments, aux implants, au Budget des Moyens Financiers et aux forfaits journaliers. Quelles seront concrètement les mesures à venir pour intégrer, outre les honoraires, les autres aspects mentionnés du financement des hôpitaux dans le système à trois catégories de variation (faible variation, variation moyenne, forte variation)? Quel est le calendrier prévu à cet effet?

Qu'advient-il en outre des autres composantes du financement hospitalier? Où en est-on en ce qui concerne le contrôle de l'affectation du BMF? Est-il exact qu'un outil ne sera disponible que fin 2018 pour réaliser cet audit? Quand les premiers résultats seront-ils publiés et qu'étudiera-t-on ensuite?

Il s'est aussi avéré récemment qu'une série d'interventions, comme la cholécystectomie, n'ont pas lieu en hospitalisation de jour parce qu'elles ne sont pas reprises dans la liste. Les choses ont-elles été adaptées dans l'intervalle?

La dernière réforme nécessaire que l'intervenante souhaite aborder est la transition vers les soins de première ligne et les soins transmuraux. Pour que les soins de santé restent payables, il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur les soins de première ligne et les soins transmuraux. Cela permet de limiter les (ré) hospitalisations, et cela permet aux hôpitaux d'utiliser de manière plus optimale les moyens limités disponibles en matière de personnel. En vertu du Plan d'approche Réforme du financement des hôpitaux, la nouvelle nomenclature comprendrait une rémunération des soins transmuraux et de la concertation multidisciplinaire. Où en est-on dans ce dossier? Dans la nouvelle note de politique générale, il est fait mention d'évaluations des

ziekenhuisverblijf". Zijn er nu al voorlopige conclusies hieromtrent beschikbaar? Welke gevolgen zullen eraan worden gegeven?

Op welke manier zullen de ziekenhuisnetwerken bovendien een focus op eerstelijnszorg en transmurale samenwerking bevorderen? Is er vandaag al een samenwerking met de eerstelijns omtrent de uittekening van de ziekenhuisnetwerken en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering?

Andere aandachtspunten

Voorts wenst de spreekster nog een aantal aandachtspunten te bespreken.

De fractie van de spreekster is van mening dat het beleid inzake gezondheidszorg sterk versnipperd is tussen de beleidsniveaus en dat er grote regionale verschillen zijn. Zo liggen de ereloonsupplementen in Franstalige ziekenhuizen bijvoorbeeld hoger dan in Vlaanderen. Hoe zal de minister de afstemming tussen het federale beleid en de deelstaten optimaliseren?

Van sommige verschillen ondervindt het federaal niveau de nadelen. Een concreet voorbeeld hiervan is de HPV-screening, waar op het Waalse niveau een oplossing uitblijft, in het nadeel van het federaal niveau. Zullen de regionale verschillen de geplande hervormingen bijgevolg bemoeilijken?

Het is goed dat er technische werkgroepen, samengesteld uit de federale en deelstaatsadministraties, zijn opgericht om te werken aan screening en preventie. De uitvoering van het preventieprotocol zal in 2018 worden geconcretiseerd. Wat is er nu al uitgewerkt en wat is er nog gepland? Hoe zal de financiering verlopen?

Eén van de grote tekortkomingen van het Belgische gezondheidszorgbeleid is het gebrek aan data. Er worden weliswaar heel wat data bijgehouden in, onder andere, de medische dossiers, maar ze worden niet gestructureerd bijgehouden door de overheid, waardoor een goede opvolging van het beleid niet mogelijk is.

De minister kondigde in het Adviescomité voor Wetenschappelijke en technologische vraagstukken pilootprojecten rond dataverzameling aan. Hoe ver staan deze projecten precies? In welke domeinen worden ze gevoerd? Met welke middelen en met welke tijdlijn?

De spreekster is positief over het Pay for Quality-programma (P4Q). Het is enkel niet duidelijk hoe het

projets pilotes autour de "l'hospitalisation à domicile" et des "séjours écourtés en maternité". Des conclusions provisoires sont-elles déjà disponibles à ce sujet? Quelles sont les suites qui y seront données?

Comment les réseaux hospitaliers mettront-ils l'accent sur les soins de première ligne et la coopération transmurale? Existe-t-il déjà une coopération avec la première ligne en ce qui concerne l'élaboration des réseaux hospitaliers et la réforme du financement hospitalier?

Autres points d'attention

L'intervenante souhaite encore aborder d'autres points d'attention.

Le groupe de l'intervenante estime que la politique en matière de soins de santé est fortement morcelée entre les différents niveaux de pouvoir et qu'il existe de grandes différences entre les régions. Ainsi, les suppléments d'honoraires sont plus élevés dans les hôpitaux francophones qu'en Flandre. Comment la ministre optimisera-t-elle l'harmonisation entre la politique fédérale et celle des entités fédérées?

Le niveau fédéral subit les inconvénients de certaines différences. Un exemple concret en est le screening PVH, pour lequel il n'y a pas encore de solution au niveau wallon, au détriment du niveau fédéral. Les disparités régionales vont-elles par conséquent compliquer les réformes projetées?

C'est une bonne chose de mettre sur pied des groupes de travail composés de membres des administrations fédérales et des entités fédérées pour œuvrer au screening et à la prévention. L'exécution du protocole en matière de prévention sera concrétisée en 2018. Qu'est-ce qui a déjà été élaboré et qu'est-ce qui est encore programmé? Comment se déroulera le financement?

Une des grandes lacunes de la politique belge des soins de santé est le manque de données. On conserve certes un grand nombre de données dans, notamment, les dossiers médicaux, mais les autorités ne conservent pas ces données de façon structurée, ce qui ne permet pas d'assurer un bon suivi de la politique menée.

La ministre a annoncé, devant le Comité d'avis des questions scientifiques et technologiques, des projets pilotes sur la collecte de données. Où en sont précisément ces projets? Dans quels domaines sont-ils menés? Avec quels moyens et quel est le calendrier?

L'intervenante est positive vis-à-vis du programme Pay for Quality (P4Q). Le seul souci est que l'on ne

programma er concreet zal uitzien en hoe de set van indicatoren zal worden ontwikkeld. Welke *incentives* zullen er gekoppeld worden aan P4Q en via welke weg zullen de indicatoren worden gemeten? Een kleine vraag daarbij is wat men precies moet verstaan onder de hervorming van de accreditatie. In welke sectoren zal de minister dat doorvoeren en gaat het enkel om de ziekenhuizen of ook om de artsen?

De fractie van de spreekster vindt het zeer goed dat de minister inzet op de versterking van de toeposities die België bekleedt inzake klinisch onderzoek. Dat is duidelijk te verkiezen boven het door de PTB naar voren geschoven kiwimodel, waarvan rapporten van de EU duidelijk aantonen dat het zeer nadelig is voor O&O-investeringen. In die zin is het ook positief dat de minister de EPAR Europese normen voor terugbetaling zou willen evalueren. Wanneer komt die evaluatie er?

Qua toegang tot innovatieve geneesmiddelen zou de minister de termijn na publicatie verkorten voor terugbetaling. Is er ondertussen een uitkomst in dat dossier? Verder vindt de fractie van de spreekster het positief dat de minister de databank van het FAGG betreft bij de klinische proeven.

Sinds februari 2017 moeten de dierenartsen de antibiotica die voor dieren bestemd zijn registreren in de centrale gegevensbank Sanitel-Med. De spreekster gaat ervan uit dat de minister dit nauw opvolgt. Wat zijn de eerste resultaten van die opvolging?

Het opnemen van de voorwaarde van talenkennis voor zorgverleners in de wetgeving inzake gezondheidsberoepen was een uitdrukkelijke vraag van de fractie van de spreekster. Wat is de timing voor de concrete uitvoering hiervan? In punt 5.3 wordt er melding gemaakt van “specifieke normatieve besluiten”. Wat wordt er daarmee bedoeld? Dat er meer middelen voor die groepen vrijkomen? Wat met groepen die niet voorkomen in die paragraaf, zoals de audiciens en de thuisverpleegkundigen?

Bij de studenten-mondhygiënist is er nog veel bezorgdheid over het uitblijven van een duidelijke functiebeschrijving van het beroep van mondhygiënist. De huidige studenten weten niet wat ze tijdens hun stage of in het latere beroep precies zullen moeten doen. Wanneer komt hier duidelijkheid over?

Over HBO5 staat er helemaal niets in de beleidsnota. Wat is erover beslist? Is dat dossier helemaal rond?

voit pas clairement à quoi ressemblera concrètement ce programme, ni comment sera élaborée la série d'indicateurs. Quels seront les stimulants liés à P4Q et par quelle voie les indicateurs seront-ils mesurés? Une petite question à ce propos est de savoir ce qu'il y a précisément lieu d'entendre par la réforme de l'accréditation. Dans quels secteurs la ministre y procédera-t-elle et concerne-t-elle seulement les hôpitaux ou également les médecins?

Le groupe de la membre juge très positif que la ministre mise sur le renforcement de la position de pointe occupée par la Belgique en matière de recherche clinique. C'est nettement préférable au modèle kiwi préconisé par le PTB, à propos duquel les rapports de l'Union européenne montrent clairement qu'il est très néfaste pour les investissements en R&D. En ce sens, il est également positif que la ministre veuille évaluer les normes européennes EPAR pour le remboursement. Quand cette évaluation aura-t-elle lieu?

En ce qui concerne l'accès aux médicaments innovants, la ministre réduirait le délai de remboursement après publication. A-t-on abouti dans ce dossier dans l'intervalle? Pour le reste, le groupe de l'intervenante estime qu'il est positif que la ministre associe la base de données de l'AFMPS aux essais cliniques.

Depuis février 2017, les vétérinaires sont tenus d'enregistrer les antibiotiques à usage vétérinaire dans la banque de données centrale Sanitel-Med. L'intervenante présume que la ministre suit cela de près. Quels sont les premiers résultats de ce suivi?

Le groupe de l'intervenante avait explicitement demandé que l'on inscrive la condition de la connaissance linguistique pour les prestataires de soins dans la législation relative aux professions de la santé. Quel est le calendrier prévu pour la concrétisation? Au point 5.3, il est question d'"arrêts normatifs spécifiques". Qu'entend-on par là? Que davantage de moyens seront dégagés pour ces groupes? *Quid* des groupes qui ne sont pas cités dans ce paragraphe, comme les audiciens et les infirmiers à domicile?

Le fait que l'on attend toujours une description précise des fonctions relative à la profession d'hygiéniste dentaire suscite toujours beaucoup d'inquiétudes chez les étudiants concernés. Ils ne savent pas ce qu'ils devront faire précisément durant leur stage ou au cours de leur future carrière. À quand plus de clarté?

La note est muette à propos de l'enseignement professionnel supérieur HBO5. Qu'a-t-on décidé? Le dossier est-il bouclé?

In verband met de huisapotheek, had de minister gezegd dat ze zou bekijken of er een *incentive* zou kunnen komen voor de patiënt, zoals het koppelen van het nemen van een huisapotheek aan het statuut van chronisch zieke. Komt deze koppeling er?

De aangekondigde instroombeperking van buitenlandse artsen en tandartsen was ook een uitdrukkelijke vraag van de fractie van de spreekster, die verheugd is dat het onderwerp wordt bestudeerd. Wanneer komt de instroombeperking er?

Verder wenst de spreekster nog enkele eerder gerichte vragen te stellen.

Op zich is het goed dat er extra middelen vrij worden gemaakt voor niet-planbare zorg. Komt er ook een initiatief om het oneigenlijk gebruik van de spoeddiensten terug te dringen? Komen de huisartsenwachtposten uiteindelijk ook bij de spoeddiensten?

De minister zou bekijken of er voordelen gekoppeld zouden kunnen worden aan het gebruik van het *e-recipe*, zoals de vervalltermijn van 3 maanden te verlengen. Komen die voordelen er? Het gebruik van het *e-recipe* zou de taak van de mutualiteiten enorm verlichten. Zal dit in rekening gebracht worden voor hun budget?

Op pagina 33 van de beleidsnota staat: “Om de toegang tot innovatie blijvend te vrijwaren voor de patiënt wordt een voorstel voor terugbetaling tot uitbreiding van indicaties verder bestudeerd. Het voorstel beoogt een objectieve vergoeding van bijkomende indicaties in functie van klinische waarde.” Wat de bedoelt de minister daar precies mee?

Is er rond BeNeLuxA al iets concreet uit de bus gekomen? Welke weesgeneesmiddelen kunnen al samen worden terugbetaald?

Wat houdt het “*national innovation office*” precies in?

Wat houdt de raamovereenkomst met de industrie van de thuiszorg precies in?

De IVD's zullen van de WIV overgaan naar de FAGG. Is dat een puur administratieve overdracht of zal er ook een procedure op touw worden gezet om de terugbetaling en de erkenning van IVD's gelijk te laten lopen met die van andere geneesmiddelen?

Concernant la pharmacie familiale, la ministre avait déclaré qu'elle examinerait la possibilité de prévoir un incitant pour le patient, comme le fait de lier le recours à une pharmacie familiale au statut de malade chronique. Peut-on attendre cette liaison?

La limitation annoncée (par la ministre) concernant l'afflux de médecins et de dentistes étrangers était également une demande explicite du groupe de l'intervenante qui se réjouit que le sujet soit à l'étude. Quand ce contingentement est-il prévu?

L'intervenante tient encore à poser quelques questions plutôt ponctuelles.

L'idée de libérer des moyens supplémentaires pour les soins non planifiables est en soi positive. Est-il également prévu de prendre une initiative visant à lutter contre le recours inadéquat aux services d'urgence? Des gardes de médecine générale seront-elles enfin également organisées au sein des services d'urgence?

La ministre avait annoncé son intention d'examiner si des avantages pouvaient être attachés à l'utilisation de l'*e-recipe*, comme une prolongation du délai de validité de 3 mois. Ces avantages verront-ils le jour? L'utilisation de l'*e-recipe* permettrait d'alléger considérablement la tâche des mutualités. Sera-t-il tenu compte de cet élément dans le budget qui leur est accordé?

L'intervenante cite un passage figurant à la page 33 de la note de politique générale: “Afin de garantir en permanence l'accès à l'innovation pour le patient, une proposition de remboursement étendu à d'autres indications continue d'être étudiée. La proposition vise une indemnisation objective d'indications supplémentaires en fonction de la valeur clinique.” La ministre pourrait-elle préciser ce qu'elle entend par là?

L'initiative BeNeLuxA a-t-elle déjà donné des résultats concrets? Quels sont les médicaments orphelins qui peuvent déjà faire l'objet d'un remboursement commun?

La ministre pourrait-elle fournir des précisions au sujet du “*national innovation office*”?

Quel est le contenu de la convention-cadre conclue avec l'industrie des soins à domicile?

La compétence relative aux IVD sera transférée de l'ISP à l'AFMPS. S'agit-il d'un transfert purement administratif ou va-t-on également instaurer une procédure visant à assurer un remboursement et une reconnaissance des IVD identiques à ceux prévus pour d'autres médicaments?

Het is goed dat het voedingslabel wordt bekeken, maar is dat het enige dat wordt gepland om de bevolking gezonder te laten eten en meer te laten bewegen? Er kan immers nog zoveel meer worden gedaan.

Het is bovendien positief dat er voorstellen rond tabakpreventie komen. Erkent de minister ook dat de leeftijd waarop men met tabak start opgetrokken moet worden? Er zullen meer controleurs worden aangevraagd. Zullen zij ook vaker 's avonds worden ingezet, gezien dan de meeste overtredingen gebeuren?

Waarom blijven de adviserend artsen deel uitmaken van het hoofdstuk over de mutualiteiten? Steunt de minister het voorstel van Valerie Van Peel voor meer onafhankelijkheid van de adviserend arts? Er was bovendien afgesproken dat de werkgroep voor toelichting naar de commissie zou komen. Hoe staat het met die plannen?

Ten slotte stelt de spreekster, in verband met orgaandonatie, vast dat de minister wil inzetten op sensibiliseringscampagnes. Uit de hoorzittingen over orgaandonatie bleek echter dat campagnes op nationaal niveau een omgekeerd effect kunnen hebben, namelijk dat men afglijdt naar een *opting in*-systeem. Volgens de fractie van de spreekster is het dus zeer belangrijk om artsen te betrekken bij het hele proces, omdat zij de orgaandonatie rechtstreeks kunnen kaderen voor de burger.

*
* *

De heer Daniel Senesael (PS) heeft opgemerkt dat de beleidsnota 2018 uiterst omzichtig, afgemeten en gematigd is. Het moet gezegd dat de gezondheidszorg in België vorig jaar fors moest inleveren. Alleen al voor 2017 werd een besparing van 900 miljoen euro opgelegd. De groeinorm werd op nauwelijks 0,5 % bepaald; dat is een derde van de budgettaire inspanning die de minister heeft opgelegd aan de sociale zekerheid, inzonderheid aan de gezondheidszorg. De Belgische sociale zekerheid genoot nochtans internationale faam en is het cement van dit land.

Uiteraard hebben de patiënten het gelag betaald, inzonderheid de meest kwetsbare: de prijs van antibiotica en van maagzuurremmers werd verhoogd, neussprays met corticosteroïden worden niet meer terugbetaald, de terugbetaling van sommige geneesmiddelen op basis van de *evidence-based medicine* werd teruggeschroefd, net als die van kinesithérapie

Il est bon de s'intéresser au label d'alimentation mais est-ce la seule mesure prévue pour que la population s'alimente mieux et fasse plus d'activités physiques? On pourrait en effet faire beaucoup d'autres choses.

Il est en outre positif que des propositions soient avancées en matière de prévention contre le tabagisme. La ministre estime-t-elle également que l'âge à partir duquel les jeunes peuvent fumer devrait être relevé? Plus de contrôleurs seront recrutés. Travailleront-ils aussi plus souvent en soirée, étant donné que c'est à ce moment-là que la plupart des infractions ont lieu?

Pourquoi les médecins-conseils figurent-ils encore dans le chapitre concernant les mutualités? La ministre soutient-elle la proposition de Mme Valerie Van Peel en faveur d'une plus grande indépendance des médecins-conseils? Il a en outre été convenu que le groupe de travail viendrait en commission pour des éclaircissements. Où ces projets en sont-ils?

Enfin, à propos du don d'organes, l'intervenante constate que la ministre entend miser sur des campagnes de sensibilisation. Or, il ressort des auditions consacrées à cette question que des campagnes menées au niveau national pourraient produire un effet opposé à l'effet souhaité, et que l'on risque dès lors de passer à un système d'acceptation explicite (*opting in*). Selon le groupe de l'intervenante, il est dès lors très important d'associer les médecins à tout ce processus car ils sont en mesure d'encadrer directement le don d'organes pour le citoyen.

*
* *

M. Daniel Senesael (PS) a remarqué que la note de politique générale afférente à 2018 est extrêmement prudente, mesurée, tempérée. Il faut dire que l'an dernier, les soins de santé en Belgique ont trinqué. 900 millions d'euros d'économies ont été imposées, rien qu'en 2017. La norme de croissance a été établie à 0,5 % à peine, soit le tiers de l'effort budgétaire à réaliser que la ministre a fait porter sur la sécurité sociale et spécifiquement sur les soins de santé. La sécurité sociale belge était pourtant reconnue internationalement; elle est l'essence même de la cohésion de ce pays.

Ce sont bien sûr les patients qui ont été touchés, et spécifiquement les patients les plus fragiles: augmentation du prix des antibiotiques, fin du remboursement des corticostéroïdes – des sprays-nasaux, augmentation du prix des antiacides, réduction du remboursement de certains médicaments sur base de l'EBM, diminution du remboursement de la kiné pour les personnes atteintes

voor fibromyalgiepatiënten, de bovengrenzen voor de maximumfactuur werden geïndexeerd enzovoort.

Bovendien werden de ziekenhuizen besparingen opgelegd terwijl zij zich als gevolg van de hervorming van het ziekenhuislandschap en van de ziekenhuisfinanciering volop in een overgangsfase bevinden.

De erkenning van nieuwe wijkgezondheidscentra wordt momenteel in de koelkast gestopt, hoewel uit recente onderzoeken blijkt dat een groot aantal kwetsbare burgers van gezondheidszorg verstoken zouden blijven als die centra er niet waren. De beleidsnota rept daarvan met geen woord. Hoe staat het met de uitgevoerde doorlichting? Wat zijn de vooruitzichten voor de wijkgezondheidscentra?

Aangezien niemand is ontkomen aan de forse besparingen van de regering, werden ook de erelonen van de zorgverleners aanzienlijk beknot. Zij hebben al snel laten blijken dat zij er genoeg van hebben. De onderhandelingen inzake de conventies en de akkoorden zijn trouwens nog nooit zo moeizaam verlopen. Er is een echte vertrouwensbreuk.

Er resten ons nog achttien maanden tot het einde van de regeerperiode. Dat is nog lang, maar tegelijk ook niet meer zo lang. De spreker heeft de indruk dat de minister de burger probeert gerust te stellen door aan te geven dat we nu, na een moeilijke periode, opnieuw op de juiste sporen staan. De gevolgen van het beleid van de minister zijn echter nog steeds voelbaar, en dat zal in de toekomst niet anders zijn.

Begroting

Met betrekking tot de eigenlijke begroting bevestigt de minister dat de wettelijke groeinorm van 1,5 % opnieuw volledig werd doorgerekend in de begroting en dat het bedrag voor de indexmassa volledig ter beschikking is gesteld. Het begrotingsvoorstel werd aangenomen door de Algemene Raad van het RIZIV, hoewel die begroting volgens sommige betrokken partijen duidelijk niet ambitieus genoeg is en ze geen echte ruimte biedt voor nieuwe initiatieven of om tegemoet te komen aan onbeantwoorde medische behoeften. De spreker is het daarmee eens. Met een dergelijke groeinorm kan het moeilijk anders; dit is een begroting om te bezuinigen.

De minister zal ongetwijfeld opwerpen dat op de begroting ongeveer 776 miljoen euro méér is ingeschreven dan in 2017. In dat geval geeft de spreker aan te zullen repliceren dat het dekken van de behoeften volgens de technische ramingen 238 miljoen euro méér vergt dan

de fibromyalgie, indexation des plafonds du maximum à facturer, etc.

Des économies sur les hôpitaux ont en outre été imposées, alors que ces structures se trouvent en pleine période de mutation à travers la réforme du paysage et du financement hospitalier.

Les nouvelles demandes de reconnaissance pour l'ouverture de maison médicale ont été gelées, alors que des études récentes ont montré que sans ces maisons médicales, un nombre important de personnes préca-risées ne pourraient pas se soigner. La note présentée n'en dit mot. Qu'en est-il de l'audit mené? Quel sera l'avenir des maisons médicales?

Comme personne n'a été épargné par les coupes sombres du gouvernement, il y également eu des économies impressionnantes sur les honoraires des prestataires de soins. Ces prestataires ont rapidement manifesté leur ras-le-bol. Les négociations des conventions et accords n'ont d'ailleurs jamais été aussi difficiles. Une véritable rupture de confiance a eu lieu.

Il reste dix-huit mois avant la fin de la législature. C'est encore long et court à la fois. L'orateur a l'impression que la ministre tente ici d'apaiser la situation, de dire, après des moments difficiles, qu'il est reparti sur de bonnes bases. Or, les conséquences de la politique de la ministre se font toujours sentir et se feront encore sentir.

Budget

Concernant le budget en tant que tel, la ministre affirme avoir renoué avec la norme de croissance légale – 1,5 % – et avoir mis totalement à disposition la masse d'indexation. La proposition de budget a été adoptée par le Conseil Général de l'INAMI, mais avec toujours ce sentiment, pour certaines parties prenantes, d'un manque clair d'ambition, d'un budget où il n'est laissé aucune véritable place pour des initiatives nouvelles ou pour répondre à des besoins non-rencontrés. L'intervenant partage ce sentiment. Avec une telle norme de croissance, il est difficile de faire autrement. Il s'agit d'un budget d'austérité.

La ministre objectera certainement que le budget est d'environ 776 millions d'euros plus élevé qu'en 2017. L'intervenant dira alors que les estimations techniques fixaient quant à elles le niveau des besoins à 238 millions d'euros au-dessus du budget retenu. Ce budget

het in uitzicht begrotingsbedrag. De voorgestelde begroting blijft nog steeds ruim onder de normale evolutie van de behoeften, die door het Federaal Planbureau werd vastgesteld op 2,2 %.

Het begrotingsvoorstel werd alleen maar aangenomen omdat duidelijk werd gesteld dat de regering strikt rekening zal moeten houden met het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité, waarin de bijkomende besparingen in overleg worden verdeeld en de patiënten worden gespaard. De spreker hoopt dat de minister deze keer haar belofte zal nakomen.

De minister geeft aan dat zij de Algemene Raad een nota zal bezorgen om het budgettair beheer van de gezondheidszorg meer te optimaliseren. De spreker wil weten op welke vlakken optimalisatie mogelijk is.

De “artikel 81”-geneesmiddelen

De kwestie van de “artikel 81”-conventies houdt verband met de begroting. Uiteraard zijn deze conventies belangrijk voor de patiënten, aangezien ze daardoor toegang hebben tot innoverende geneesmiddelen. Niettemin staat het buiten kijf dat de regeling veel te ondoorzichtig is en het budget van de gezondheidszorg dreigt onderuit te halen, terwijl dat budget al onder druk staat door de maatregelen van de minister. Een dergelijke uitschuiver, die duidelijk in het voordeel van de farmaceutische industrie uitvalt, zou op geen begrip kunnen rekenen.

De beleidsnota geeft het volgende aan: “Op basis van de conclusies en de aanbeveling van het KCE aangaande artikel 81 wordt dit instrument door de werkgroep artikel 81 binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen grondig geëvalueerd en, daar waar nodig, bijgestuurd”. Volgens het lid moet dat inderdaad absoluut gebeuren.

Volgens de pers bedraagt het budget voor deze innoverende geneesmiddelen immers 2,1 miljard euro voor de periode 2015-2018. In die tijdsspanne zou dat budget met 600 % zijn gestegen en zouden er medio 2017 169 lopende conventies zijn.

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zelf wijst erop dat er een gebrek aan transparantie is, dat de tarieven buitensporig zijn, dat het systeem wordt misbruikt voor moleculen die niet voldoen aan de invulling van het begrip “onbeantwoorde medische behoefte” en dat het systeem de bedrijven er niet toe aanzet echt werk te maken van het leveren van de gevraagde bijkomende bewijzen om de onzekerheden weg te werken.

reste toujours bien en deçà de l'évolution normale des besoins fixée à 2,2 % par le Bureau fédéral du Plan.

Si la proposition a pu être retenue, c'est parce qu'il a clairement été stipulé que le gouvernement devra respecter strictement la proposition de budget du Comité de l'assurance qui répartit de manière concertée les économies supplémentaires tout en préservant les patients. L'intervenant ose espérer que cette fois la ministre tiendra son engagement.

La ministre indique qu'une note sera transmise au Conseil Général pour “optimiser davantage la gestion budgétaire des soins de santé”. L'orateur aurait aimé savoir quelles sont les lignes d'optimisation.

Médicaments “article 81”

La question des conventions “article 81” est liée au budget. Certes, elles sont importantes pour les patients puisqu'elles leur permettent d'accéder à des médicaments innovants. Ceci dit, le système est incontestablement bien trop opaque et risque de faire dérapier le budget des soins de santé déjà fragilisé par les mesures que vous avez prises. Un tel dérapage, clairement au profit de l'industrie pharmaceutique, serait incompréhensible.

Il est indiqué que “sur base des conclusions et de la recommandation du KCE concernant l'article 81, cet instrument sera évalué de manière approfondie par le groupe de travail article 81 au sein de la Commission de Remboursement des médicaments et qu'il sera corrigé là où cela s'avère nécessaire”. Cela paraît au membre en effet indispensable.

Selon des chiffres parus dans la presse, le budget pour ces médicaments innovants atteindra en effet 2,1 milliards d'euros pour les années 2015 à 2018. Entre ces deux années, il aurait augmenté de 600 %, avec 169 conventions en cours mi-2017.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé lui-même pointe un manque de transparence, des tarifs excessifs, un abus du système pour des molécules qui ne sont pas dans l'esprit du “besoin médical non rencontré”, un système qui n'encourage pas les firmes à produire un réel effort en vue de fournir les preuves supplémentaires demandées pour lever les incertitudes. Le rapport du Centre date de fin mai 2017. Le groupe de

Het rapport van het KCE dateert van eind mei 2017. Is de werkgroep er al in geslaagd mogelijke oplossingen aan te reiken om het systeem te verbeteren?

Het lid beklemtoont dat de minister enkele goede initiatieven heeft aangekondigd; zo zijn er bijvoorbeeld de deelname aan de Europese referentienetwerken voor zeldzame ziekten (ERN), de structurele implementatie van het kankerplan – hoewel het in dat verband goed zou zijn te vernemen welk bedrag concreet zal worden vrijgemaakt voor de terugbetaling van immunotherapie – of nog het gebruik van de waterzuiveringsmodule van BFast als Belgische inbreng in de “voluntary pool” van de EU.

Evidence-based medicine/practice

De patiënten stimuleren om zelf verantwoordelijkheid op te nemen, is volgens de minister de rode draad doorheen haar beleid. Dat is een goede benadering, aldus de spreker, op voorwaarde dat men er op toeziet dat dit beleid niemand in de kou laat staan. De minister zegt daarnaast aandacht te willen schenken aan de gendergelijkheid en aan de behoeften van de gehandicapten. Dat lovenswaardige voornemen moet worden verwezenlijkt. In welk kader is de minister van plan die aandacht te schenken?

“Evidence based medicine/practice” is een rode draad in het beleid van de minister. Dat is een goede zaak, op voorwaarde dat dit beginsel systematisch in acht wordt genomen, en niet naar goeddunken van de minister.

Zo is bijvoorbeeld haar beleid inzake de bestrijding van alcohol en tabak niet erg “evidence based”. Op dat vlak veegt de minister de recente studies en wetenschappelijke kennis van tafel omdat ze haar niet goed uitkomen om te antwoorden aan de alcohol- en tabakslobby. De (al vaak herhaalde) voorstellen in de beleidsnota zijn immers slecht een rad voor de ogen.

Dit geldt ook voor het EMB-plan, of wat de wijzigingen inzake financiering betreft; die zullen ertoe leiden dat de vzw Farmaka al haar personeel zal ontslaan, terwijl diverse studies hebben aangetoond dat de bezoeken van onafhankelijke medicatieraadgevers een belangrijke rol kunnen spelen inzake het voorschrijfgedrag van artsen, in het bijzonder op het vlak van antibiotica. Tegelijk beweert de minister (op de bladzijden 11 en 12) dat zij bepaalde artsen aan controles wil onderwerpen om te begrijpen waarom zij meer antibiotica voorschrijven.

Inzake de contingentering van de studenten geneeskunde en tandheelkunde en betreffende het vaststellen

travail a-t-il déjà pu remettre des pistes pour améliorer le système?

Le membre souligner quelques bonnes initiatives annoncées par la ministre: concernant par exemple les réseaux européens de référence (ERN) dans le cadre des maladies rares, l’implémentation structurel du plan cancer même si sur ce point on aimerait savoir concrètement quel budget sera dégagé pour le remboursement de l’immunothérapie, ou encore l’implication de la Belgique dans le “voluntary pool” de l’UE avec son concept de “purification de l’eau” de BFast.

Evidence-based medicine / practice

Concernant les lignes transversales de la politique, la ministre mise sur l’*empowerment* du patient. L’intervenant peut suivre la ministre dans cette voie, tout en estimant indispensable de veiller à ce que personne ne reste au bord du chemin dans le cadre de cette politique. La ministre indique également vouloir porter une attention au *handistreaming* et au *gendermainstreaming*. Cette belle intention doit être concrétisée: dans quel cadre la ministre compte-t-elle porter cette attention?

L’*evidence-based medicine / practice* est un des fils rouges de la politique de la ministre. C’est une bonne chose mais il faut dès lors le suivre de manière systématique et pas comme bon lui semble.

Ainsi, sa politique en matière de lutte contre l’alcool ou le tabac n’est pas très “evidence based”. Là, la ministre écarte les études et connaissances scientifiques récentes parce qu’ils ne l’arrangent pas pour pouvoir répondre aux lobbys de l’alcool et du tabac. Les propositions qui figurent dans la note – déjà répétées maintes fois – ne constituent en effet qu’un écran de fumée.

Il en va de même concernant le plan EBM où à travers les modifications de financement, qui vont amener l’asbl Farmaka à licencier l’ensemble de ses employés, alors que différentes études ont montré l’importance que peut avoir le rôle des visiteurs médicaux indépendants dans le cadre de la prescription des médecins et spécifiquement de la prescription d’antibiotiques. Dans le même temps (en pages 11 et 12), la ministre affirme vouloir contrôler certains médecins pour comprendre les raisons d’un volume de prescription d’antibiotiques plus important.

Des modifications ont été apportées concernant le contingentement des études en médecine et dentisterie

van de quota in de beide gemeenschappen werden wijzigingen aangebracht. Ook op dat vlak lapt de minister de vaststellingen en wetenschappelijke elementen aan haar laars en neemt ze duidelijk een communautair standpunt in, dat ook vanwege de Raad van State krietiek heeft uitgelokt.

Medische beeldvorming

Het nieuwe protocol ter vermindering van de door de bevolking ondergane stralingsbelasting betreft een voor de volksgezondheid buitengewoon belangrijk thema.

Sinds midden 2016 worden alleen de onderzoeken terugbetaald die worden uitgevoerd met toestellen die al eerder werden erkend, hoewel er momenteel te weinig erkende MRI-apparaten zijn ten opzichte van de klinische indicaties. Die maatregel werd overhaast genomen, ten koste van de patiënten en volstrekt in tegenspraak met de gezondheidsbehoeften. De vervanging van die MRI-onderzoeken door CT-scans zal de uitgaven alleen verschuiven en is nadelig voor de gezondheid van de burgers.

Thans verwijst de minister voortdurend naar het verslag van een audit die zou moeten worden uitgevoerd. Dat is geen nieuws. Wanneer zullen de resultaten van die audit eindelijk beschikbaar zijn? Wanneer zal eindelijk een nieuwe programmatie kunnen worden overwogen?

Plan voor geïntegreerde zorg bij chronische ziekten

Wat het plan voor geïntegreerde zorg bij chronische ziekten betreft, zullen de proefprojecten weldra worden geselecteerd. Ze zullen begin 2018 kunnen worden aangevat. Krijgen zij wel degelijk een specifieke financiering? Hoe zullen zij concreet worden geëvalueerd? Hoe kunnen die projecten eventueel worden voortgezet?

Hiv-plan

Het hiv-plan werd in 2013 opgestart en bevat meer dan vijftig aanbevelingen om het hiv-probleem in België op een samenhangende en efficiënte manier weg te werken.

Nadat de Kamer van volksvertegenwoordigers ter zake een resolutie had aangenomen, heeft de minister de juridische hindernissen weggewerkt om hiv gedecentraliseerd en gedemedicaliseerd te kunnen opsporen. Werden de nodige koninklijke besluiten uitgevaardigd? Wanneer zal men concreet met die opsporing van start kunnen gaan en wie zal ze uitvoeren?

et la fixation des quotas dans les différentes communautés. Là aussi, la ministre fait fi des constats et éléments scientifiques pour adopter une position clairement communautaire, dénoncée également par le Conseil d'État.

Imagerie médicale

Le nouveau protocole visant à limiter la charge d'irradiation de la population concerne un domaine fondamental de santé publique.

Depuis mi-2016, seuls les examens des machines historiquement agréées sont remboursés alors qu'il n'y a clairement pas assez d'IRM actuellement agréées par rapport aux indications cliniques. Cette mesure a été prise dans la précipitation, au détriment des patients et en totale contradiction avec les besoins de santé. Le remplacement de ces examens IRM par des examens CT scanners, ne fait qu'engendrer un déplacement des dépenses et ira à l'encontre de la santé des citoyens.

Aujourd'hui, la ministre parle toujours d'un rapport d'audit qui doit être mené. Cette annonce n'est pas nouvelle. Quand les résultats seront-ils enfin connus? Quand une nouvelle programmation pourra-t-elle enfin être envisagée?

Plan intégré maladies chroniques

Concernant le plan de soins intégrés maladies chroniques, les projets pilotes seront bientôt sélectionnés. Ils pourront commencer début 2018. Un financement leur sera-t-il bien dédié? Comment s'opérera concrètement leur évaluation? Comment ces projets pourront être éventuellement pérennisés?

Plan VIH

Le Plan VIH lancé en 2013 comprend plus d'une cinquantaine de recommandations visant à répondre de manière cohérente et efficace au problème du VIH en Belgique.

Suite à une résolution adoptée par la Chambre en avril 2017, la ministre a levé les barrières juridiques afin de permettre le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH. Les arrêtés royaux nécessaires ont-ils été pris? Quand ce dépistage pourra-t-il concrètement être mis en œuvre et par qui?

Terugbetaling van de psychologische zorg

Er is sprake van een budget van 22,5 miljoen euro voor de terugbetaling van de matig ernstige psychologische aandoeningen. Is er in dat verband overleg geweest met de vertegenwoordigers van de psychologen? Hoe wordt die terugbetaling opgevat? Heeft de minister een soort zorgtraject in gedachten? Omdat het budget zo gering is, vreest de spreker immers dat er niet genoeg geld zal zijn om te voldoen aan de voortdurend stijgende behoeften ter zake en dat de therapeutische vrijheid van de betrokken beroepsbeoefenaars niet zal worden gevrijwaard doordat men hen zal dwingen een zorgtraject te volgen; een dergelijke benadering heeft echter niet veel zin voor beroepen waarin gesprekken een cruciale rol spelen.

De wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen werd aangenomen in 2016. De fractie waartoe de spreker behoort, heeft zich daar sterk tegen gekant. Een deel van die wet werd in december vorig jaar vernietigd door het Grondwettelijk Hof, omdat het oordeelde dat het gebrek aan een overgangsregeling voor de personen die vóór de inwerkingtreding van de wet de psychotherapie uitoefenden (teneinde hun de mogelijkheid te bieden zich naar de nieuwe regels te schikken), de betrokkenen ernstige en moeilijk herstelbare schade dreigde te berokkenen.

Zal aan die beslissing een gevolg worden gegeven? Bevestigt de minister dat de psychotherapeuten die voordat de wet een feit werd de desbetreffende praktijk uitoefenden, dat autonoom kunnen blijven doen?

Forensische zorg

Voortaan zal de gezondheidszorg van wie in privé-inrichtingen is geïnterneerd ten laste komen van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De spreker is het daarmee eens. Om welke redenen werd een onderscheid gemaakt voor wie aanspraak kan maken op de verplichte verzekering en voor wie is ondergebracht in niet door het RIZIV gefinancierde inrichtingen (die onder de FOD Justitie blijven ressorteren)?

Geweldplegingen op vrouwen

De minister zet de opleidingen in de ziekenhuizen voort, met name inzake de aanwending van de SAS (kit seksuele agressie). Dat verheugt de spreker. Hoeveel ziekenhuizen hebben tot dusver al een dergelijke opleiding aangeboden gekregen? Er is aangekondigd dat een multidisciplinair centrum zal worden opgezet om de slachtoffers van seksueel geweld een totaalopvang te verstrekken. Dienaangaande werd belangrijk werk

Remboursement soins psychologiques

Un budget de 22,5 millions d'euros est mentionné pour le remboursement des affections psychologiques modérées. Des discussions ont-elles eu lieu avec les représentants des psychologues dans ce cadre? Comment ce remboursement est-il envisagé? La ministre pense-t-elle à une sorte de trajet de soins? Avec une si petite enveloppe, l'orateur craint en effet qu'elle ne puisse répondre aux besoins de plus en plus grands en la matière et que la liberté thérapeutique des professionnels concernés soit mise à mal, cadenassée par un trajet de soins qui n'aurait que peu de sens quand on parle de métier de la parole.

La loi règlementant les professions de la santé mentale a été votée en 2016. Le groupe auquel l'orateur appartient s'y est fortement opposée. Une partie de cette loi a été annulée par la Cour constitutionnelle en décembre dernier, estimant que l'absence de régime transitoire pour les personnes qui exerçaient la psychothérapie avant l'entrée en vigueur de la loi – pour leur permettre de se conformer aux nouvelles règles – risquait de leur causer un préjudice grave et difficilement réparable.

Des suites seront-elles données à cette décision? La ministre confirme-t-elle que les psychothérapeutes qui exerçaient la pratique avant la loi peuvent continuer à le faire de manière autonome?

Soins pénitentiaires

Les soins de santé des personnes internées dans des établissements privés seront à présent pris en charge par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. L'orateur y souscrit. Pour quelles raisons une distinction a-t-elle été opérée pour ceux qui ne bénéficient pas de l'assurance obligatoire et les personnes placées dans des établissements non financés par l'INAMI (qui restent eux du ressort du SPF Justice)?

Violences faites aux femmes

La ministre poursuit les formations au sein des hôpitaux, notamment en matière d'utilisation du SAS (set d'agression sexuelle). L'intervenant s'en réjouit. Combien d'hôpitaux ont déjà pu bénéficier de ce type de formation jusqu'à présent? Il a été annoncé la mise en place de centre multidisciplinaire afin de prendre en charge de manière globale les victimes de violences sexuelles. Un important travail a été mené à ce sujet

verricht in het Adviescomité voor Maatschappelijke Emancipatie. Hoever staat het precies met dat plan? Zal in dat verband een budget kunnen worden vrijgemaakt?

Hervorming van de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening met de gezondheidsberoepen

In verband met de aanzienlijke hervorming van de gezondheidszorgberoepen zou de spreker willen beschikken over een nauwkeuriger tijdpad, en zou hij willen weten hoe het overleg met de betrokken partijen verloopt, in de wetenschap dat over de visie en de belangrijkste richtsnoeren al meer dan een jaar geleden werd beslist.

Aangaande de deontologie heeft de minister het over een hervorming van de Orde der artsen. Dat is geen nieuw onderwerp. Wanneer zal de hervorming daadwerkelijk een feit zijn? Voorts vermeldt de minister de oprichting van een orde ten behoeve van de tandartsen en van de geestelijke-gezondheidszorgberoepen. De spreker wenst het standpunt van de minister te kennen over de eventuele oprichting van een orde van kinesitherapeuten, die eveneens vragende partij zijn. De minister stipte overigens aan dat zij nadacht over de oprichting van een transversale deontologische kamer bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Van die reflectie is in de ter bespreking voorliggende beleidsnota geen spoor meer. Waarom? Hoever staat de minister met dat dossier?

De spreker had graag vernomen wat de minister voornemens is ten aanzien van de *online*-apotheken en of in dat verband veranderingen worden verwacht. Voor de patiënten en voor de kwaliteit van de dienstverlening zou dat belangrijke implicaties kunnen hebben.

Er is een herziening van de verpleegkundigenspecialisaties gepland. Overweegt de minister die te doen verdwijnen? Heeft in dat verband al overleg plaatsgevonden? Zal dit gevolgen hebben voor de huidige lonen en premies?

In verband met de niet-conventionele praktijken was ons voor eind 2016 een basistekst beloofd. Eind 2017 ligt er nog altijd niets op tafel. Van bij de aanvang was duidelijk dat binnen de regering een patstelling heerste. Hoe staat het daarmee vandaag?

Hervorming van de ziekenhuisfinanciering

De recentste MAHA-studie van Belfius (oktober 2017) heeft aangetoond dat bijna één op drie instellingen (26 van 88 geanalyseerde, hetzij 30 %) vooralsnog een negatief bedrijfsresultaat hebben. In hun geheel

au sein du comité d'avis de l'Émancipation sociale. Où en est précisément ce projet? Un budget pourra-t-il être dégagé dans ce cadre?

Réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé

Concernant l'importante réforme des professions de soins de santé, l'intervenant voudrait disposer d'un calendrier plus précis et savoir comment la concertation avec les parties prenantes se déroule, sachant que la vision et les grandes lignes directives ont déjà été décidées il y a plus d'un an.

En matière de déontologie, la ministre évoque une réforme de l'Ordre des médecins. Ce sujet n'est pas neuf. Quand la réforme sera-t-elle effective? La ministre cite également la création d'un ordre pour les dentistes et les professions de santé mentale. Le membre aimerait connaître la position de la ministre sur la création éventuelle d'un ordre des kinésithérapeutes, qui sont également demandeurs. La ministre disait par ailleurs réfléchir à la création d'une chambre transversale déontologique au sein du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. De cette réflexion il n'y a plus trace dans la note examinée. Pourquoi? Où en est la ministre dans ce dossier?

L'intervenant aurait voulu savoir quelles étaient les intentions de la ministre par rapport aux pharmacies en ligne et si des changements étaient attendus dans ce cadre. Les implications pourraient être importantes pour les patients et la qualité du service rendu.

Une révision des spécialisations des infirmiers est prévue. La ministre envisage-t-elle une disparition de celles-ci? Des concertations ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre? Y aura-t-il des conséquences sur les salaires et primes actuels?

Concernant les pratiques non-conventionnelles, un texte de base nous avait été promis fin 2016. Fin 2017, il n'y a toujours rien sur la table. Dès le départ, il était clair qu'il existait un blocage au sein du gouvernement. Qu'en est-il aujourd'hui?

Réforme du financement hospitalier

La dernière étude MAHA de Belfius (octobre 2017) a montré que près d'une institution sur trois (26 sur 88 analysées, soit 30 %) présente encore un résultat courant négatif. Dans l'ensemble, les établissements

genereren de instellingen een toereikende *cash-flow*; 12 instellingen hebben echter een ontoereikende *cash-flow* om hun schulden die hetzelfde jaar vervallen te dekken. Ofschoon de studie geen enkel specifiek geval vermeldt, bevestigt de Franstalige federatie dat de toestand vooral in Wallonië het meest kritiek is.

In de loop van de komende jaren zal de ziekenhuissector dus worden geconfronteerd met grote uitdagingen, die tegelijkertijd een weerslag hebben op de werking, de organisatie en de financiering ervan. De hervorming zou dan ook sereen moeten worden overwogen, met de patiënt als belangrijkste focus. Zo niet zou een en ander repercussies kunnen hebben op de werkgelegenheid, en dus ook op de patiënten, voor wie de zorg kwalitatief zal verslechteren, de tarieven via supplementen zullen toenemen of de toegankelijkheid van de ziekenhuizen in het gedrang zal komen.

Wat de vorming van de netwerken betreft, heeft de minister de ziekenhuizen uitgenodigd zich te verenigen. Er ligt een tekst over de locoregionale netwerken op tafel, die op dit ogenblik bij de verschillende instanties rondgaat. Er zou binnen de regering sprake zijn van een blokkering over die tekst. Welke struikelblokken zijn er? Hoe zit het met het overleg met de deelstaten?

De financiering van de laagvariabele zorg zou vooruitgaan. Zullen bepaalde ziekenhuizen sommige ingrepen opgeven omdat ze niet genoeg opbrengen, met als gevolg dat de patiënt daar de dupe van is? Welke maatregelen zullen worden getroffen om een dergelijke situatie te voorkomen? De standaardisering van de honoraria voor de betreffende ingrepen is blijkbaar een eerste fase. Op termijn zou het de bedoeling zijn de geneesmiddelen of de verblijfskosten samen te voegen. Klopt dat?

De minister maakt ook voortgang wat het *Pay for quality*-programma betreft en heeft het over financiële stimuli voor de ziekenhuizen. Zal anderzijds ook in sancties worden voorzien voor de ziekenhuizen waarvan de resultaten ondermaats zijn?

Aangaande de niet-planbare zorg en inzonderheid de dringende geneeskundige hulpverlening, geeft de minister aan dat ze opnieuw 35 miljoen euro heeft vrijgemaakt voor de DGH. Dat neemt niet weg dat dit onvoldoende blijft, gelet op de algehele hervorming die er moet komen. De financiering van de DGH blijft in België zeer bescheiden, in tegenstelling tot bepaalde andere landen, waar de dringende geneeskundige hulpverlening voor de patiënten volledig of zo goed als gratis is. Wat zijn de plannen voor de toekomstige programmering en financiering van die diensten? Hoe luidt het advies

gènèrent un cash-flow suffisant, mais douze institutions présentent un cash-flow insuffisant pour couvrir leurs dettes échéant l'année. Bien que l'étude ne donne aucun cas particulier, la fédération francophone confirme que c'est majoritairement en Wallonie que la situation est la plus critique.

Au cours de ces prochaines années, le secteur hospitalier sera donc confronté à des défis majeurs, affectant à la fois son fonctionnement, son organisation et son financement. La réforme devrait donc être envisagée sereinement, avec le patient comme point focal. Sans cela, il pourrait y avoir des répercussions sur l'emploi et donc aussi sur les patients qui verront soit la qualité des soins diminuer, soit les tarifs augmenter via des suppléments, soit leur accessibilité mise à mal.

Concernant la constitution des réseaux, la ministre a invité les hôpitaux à se rassembler. Un texte sur les réseaux locorégionaux est sur la table et circule en ce moment dans les différentes instances. Un blocage subsisterait sur ce texte au sein du gouvernement. Quels sont les points d'achoppement? Qu'en est-il de la concertation avec les entités fédérées?

Il apparaît que le financement des soins à faible variabilité avance. Certaines des interventions concernées seront-elles délaissées par certains hôpitaux par manque de rentabilité et cela au détriment du patient? Quelles dispositions seront prises afin d'éviter une telle situation? Il apparaît que la standardisation des honoraires pour les interventions concernées constitue une première phase. À terme, il serait envisagé de globaliser les médicaments ou encore les indemnités de séjour. Qu'en est-il?

La ministre avance également sur le *Pay for Quality* et évoque des stimuli financiers pour les hôpitaux. À l'opposé, des sanctions sont-elles envisagées chez les hôpitaux qui ont des résultats insuffisants?

Concernant les soins non planifiables et en particulier l'aide médicale urgente, la ministre dit avoir dégagé à nouveau 35 millions d'euros pour l'AMU. Il n'en demeure pas moins que cela reste insuffisant au vu de la réforme globale qui doit être envisagée. Le financement de l'AMU reste très précaire en Belgique alors que, dans certains autres pays, l'aide médicale urgente y est totalement ou quasiment gratuite pour les patients. Qu'en sera-t-il en termes de programmation et de financement de ces services à l'avenir? Quel est l'avis du Conseil national de l'aide médicale d'urgence?

van de Nationale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening? Heeft er in dat verband overleg plaatsgevonden met de minister van Binnenlandse Zaken?

De minister geeft aan ook in te zetten op de wachtposten en op het 1733-systeem. De spreker verwijst nogmaals naar het huisartsentekort dat zich aandient en dat de minister stelselmatig buiten beschouwing laat in alle initiatieven die ze neemt. Werd met dit tekort bijvoorbeeld rekening gehouden bij de aangekondigde hervorming van de wachtposten? De minister overweegt tevens een heel aantal spoeddiensten te schrappen. Werd de Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen in dit verband geraadpleegd? Wat was het uitgangspunt voor die schrapping? Kan de minister in dat verband al een tijdschema meedelen?

De uitbouw van de thuiszorg is één van de krachtlijnen in het beleid van de minister. Ze denkt aan thuiszorg voor antibioticabehandelingen, voor chemotherapie of ook, zoals sinds lang aangekondigd, voor kraamverblijven. Omtrent dat laatste zou in 2018 een verslag worden uitgebracht. Wie is belast met de opmaak daarvan? Zal dit ter beschikking worden gesteld van de leden?

In de pers wordt melding gemaakt van de tevredenheid van de moeders over de verkorting van het verblijf in de kraamkliniek, maar die moeders zijn vooral tevreden omdat de proefprojecten inzetten op een omvattend perinataal beleid met een postnatale behandeling. De spreker hekelde net het feit dat zulks niet gebeurde in de besparingen die de minister in dat verband heeft doorgevoerd. Tot heden wordt helemaal niets gedaan om de moeders en de families te ondersteunen bij de geboorte van een kind, en met name van een eerste kind. Heel wat ziekenhuizen nemen de baby's en de moeders als begeleidster geregeld opnieuw op, om ze in staat te stellen op correcte wijze met die verandering om te gaan.

Redesign van de administraties

Wat de redesign van de administraties betreft, onderschrijft de spreker de doelstellingen inzake efficiëntie, doeltreffendheid en beheerscoherentie. Deze redesign moet echter forse besparingen mogelijk maken. Het lid vreest dat een en ander gevolgen heeft voor zowel het personeel van de betrokken instellingen als voor de patiënten. De instelling van Sciensano doet ook de vraag rijzen naar de onafhankelijkheid van de instellingen.

Het is van wezenlijk belang dat het overleg met alle betrokken partijen en met de sociale partners gedurende

Une concertation avec le ministre de l'Intérieur a-t-elle déjà eu lieu dans ce cadre?

La ministre dit également avancer sur la question de la garde médicale et du 1733. L'intervenant relève une nouvelle fois la pénurie de médecins généralistes qui s'annonce et dont la ministre fait constamment abstraction dans les initiatives qu'elle prend. La problématique de la pénurie a-t-elle par exemple été prise en compte dans la réforme des postes de garde prévue? La ministre envisage également la suppression de toute une série de services d'urgence. Le Conseil national des établissements hospitaliers a-t-il été consulté dans ce cadre? Sur quelles bases ces suppressions ont-elles été pensées? Quel calendrier la ministre peut-elle communiquer?

Le développement des soins à domicile constitue une ligne de force de la politique de la ministre. Elle les envisage pour les traitements antibiotiques, les chimiothérapies ou encore – comme annoncé depuis longtemps – pour les séjours en maternité. Pour ces derniers, un rapport devrait être présenté en 2018. Qui se charge de sa réalisation? Les membres peuvent-ils en disposer?

La presse relate la satisfaction des mères par rapport à la réduction du séjour en maternité, mais ces mères sont surtout satisfaites dans la mesure où les projets-pilotes envisagent une politique périnatale globale avec une prise en charge postnatale. C'est bien ce que l'orateur reprochait de ne pas faire dans les économies réalisées par la ministre dans ce cadre. Rien n'est mis en place à ce jour pour soutenir les mères, les familles lors de la naissance d'un enfant, spécifiquement d'un premier enfant. De nombreux hôpitaux hospitalisent à nouveau d'ailleurs régulièrement les bébés et les mères en tant qu'accompagnante pour leur permettre de faire face correctement à ce changement.

Redesign des administrations

Concernant le *redesign* des administrations, l'intervenant partage les objectifs en termes d'efficience, d'efficacité et de cohérence en matière de gestion. Ce *redesign* doit toutefois permettre de réaliser des économies importantes. Le membre craint que cela ait des conséquences tant sur le personnel des institutions concernées que sur les patients. La question de l'indépendance des institutions est aussi en jeu avec la création de *Sciensano*.

Il semble essentiel que la concertation avec toutes les parties prenantes et les partenaires sociaux soit

het hele proces in acht wordt genomen. Bevestigt de minister dat ze echt bereid is het paritair beheer niet te verzwakken ten gunste van een versterking van het gewicht van de politiek en van de administratie in de beslissingen aangaande gezondheid en ziekteverzekering?

Verplichte derdebetalersregeling (niet vermeld in de ter bespreking voorliggende nota)

Wat de toegankelijkheid betreft, kondigde de minister een evaluatie van de verplichte derdebetalersregeling aan. Die evaluatie had in het eerste trimester van 2017 moeten plaatsvinden, terwijl ze aanvankelijk zelfs een jaar na de inwerkingtreding was gepland, met andere woorden op 1 juli 2016. In de beleidsnota voor 2018 wordt er echter met geen woord meer over gerept. Ziet de minister definitief af van haar voornemen om, zoals haar voorganger had beslist, de verplichte derdebetalersregeling uit te breiden, in het bijzonder naar chronisch zieken? Zo ja, om welke redenen? Het was nochtans een welkome maatregel voor patiënten die te maken hebben met aanzienlijke terugkerende gezondheidskosten.

Hepatitis C-plan (niet vermeld in de ter bespreking voorliggende nota)

In de ter bespreking voorliggende nota leest het lid niets over het Hepatitis C-plan. Vorig jaar werd nochtans aangekondigd dat de terugbetaling van de behandeling in 2017 zou worden uitgebreid naar de patiënten in de tweede fase en naar de risicogroepen. In 2017 zouden 2600 patiënten recht hebben op een terugbetaling, tegenover 1 400 in 2016. Dat was goed nieuws.

Verder werd aangekondigd dat de terugbetaling van de heel dure behandeling (meer dan 40 000 euro) vanaf 2021 zou worden uitgebreid naar alle dragers van het virus, ook zij die geen symptomen vertonen.

Werd het nodige budget vrijgemaakt voor al die beloftes? Werd over de prijzen van de behandelingen opnieuw onderhandeld met de geneesmiddelenindustrie in het kader van het pact dat met die sector werd gesloten?

Voor de oprichting van een fonds tot vergoeding is volgens het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg ongeveer 67 miljoen euro nodig, gespreid over ongeveer 15 jaar (een periode waarin er wellicht een beroep zal moeten worden gedaan op het fonds). Zal dit budget uiteindelijk kunnen worden vrijgemaakt?

*
* *

respectée tout au long du processus. La ministre confirme-t-elle une réelle volonté de sa part de ne pas affaiblir la gestion paritaire au profit d'un renforcement du poids du politique et de l'administration dans les décisions en matière de santé et d'assurance-maladie?

Tiers-payant obligatoire (non mentionné dans la note examinée)

En termes d'accessibilité, la ministre annonçait une évaluation du régime du tiers-payant obligatoire. Cette évaluation devait avoir lieu au premier trimestre 2017, alors qu'elle était initialement prévue un an après l'introduction de la mesure soit le 1^{er} juillet 2016. Plus rien n'est mentionné à ce sujet dans la note pour 2018. La ministre a-t-elle définitivement renoncé à étendre le tiers-payant obligatoire, spécifiquement pour les malades chroniques comme cela avait été décidé par son prédécesseur? Si oui, pour quelles raisons? C'était une mesure attendue pour ces patients qui ont des frais de santé importants et récurrents.

Plan hépatite C (non mentionné dans la note examinée)

Le membre ne lit aucun passage concernant le plan Hépatite C dans la note examinée. Or, était annoncé l'an dernier, l'élargissement dès 2017 du remboursement du traitement pour les patients en phase 2 et aux groupes à risque. 2600 patients devaient bénéficier d'un remboursement en 2017 contre 1400 en 2016. C'était une bonne nouvelle.

Était également annoncée, l'extension du remboursement de ce traitement très coûteux (plus de 40 000 euros) à l'ensemble des porteurs du virus à partir de 2021, en ce compris ceux qui ne souffrent d'aucun symptôme.

Le budget nécessaire a-t-il pu être débloqué pour l'ensemble de ces annonces? Une renégociation du prix des traitements avec l'industrie pharmaceutique a-t-elle eu lieu dans le cadre du Pacte conclu avec l'industrie pharmaceutique?

Selon le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, le budget nécessaire à l'institution d'un fonds d'indemnisation s'élèverait à environ 67 millions d'euros, à répartir sur une période d'environ 15 années (au cours de laquelle on peut s'attendre à recevoir des demandes). Un budget pourra-t-il finalement être dégagé?

*
* *

De heer Damien Thiéry (MR) merkt op dat de begroting voor 2018, ongeacht de richting die men eraan wil geven, in een veel gunstigere context tot stand komt dan die van 2017. Dit is het gevolg van beslissingen die de regering sindsdien heeft genomen. Deze begroting in evenwicht werd met een zeer grote meerderheid goedgekeurd door de Algemene raad van het RIZIV. Alle belanghebbende partijen werden bij het overleg betrokken.

De kwaliteit van en de toegankelijkheid tot de zorgverstreking voor de patiënt komen niet in het gedrang. De patiënt staat centraal.

De spreker stelt vast dat “er 22,5 miljoen euro [wordt] vrijgemaakt om de terugbetaling van de klinisch psychologen mogelijk te maken in de loop van 2018. De middelen worden toegekend aan de artikel 107-netwerken” (DOC 54 2708/011, blz. 4). Zal men verplicht worden om zich aan te sluiten bij een dergelijk netwerk om recht te hebben op terugbetaling?

De steun voor dringende medische hulpverlening is relevant. Het blijft de ambitie van de minister dat er in 90 % van de gevallen binnen de vijftien minuten wordt optreden. Dat is een mooi streefdoel, maar men mag uiteraard de resterende 10 % niet uit het oog verliezen. De MR pleit voor een oplossing die rekening houdt met de landelijke gebieden, waar tekorten worden vastgesteld. Is er sprake van een aanzet voor een oplossing?

In de algemene beleidsnota van de minister is er weliswaar sprake van een sociaal akkoord, maar de inhoud ervan wordt niet verduidelijkt. Kan de minister de stand van zaken van de onderhandelingen toelichten?

Aangaande het pact met de farmaceuticasector blijkt uit de jongste cijfers van de FOD Economie, KMO, Middenstand en Energie dat de prijzen van de geneesmiddelen tussen januari 2016 en januari 2017 met ongeveer 0,37 % zijn gedaald; zijn daarover geactualiseerde cijfers beschikbaar? Kan een evaluatie van het pact, dat het lid als ambitieus aanmerkt, worden voorgesteld?

De tool *MyHealthViewer.be* zal het leven van de patiënten vereenvoudigen en zal hun recht op informatie waarborgen. Het zou interessant zijn dat die tool tijdens een specifieke vergadering aan de leden zou worden voorgesteld.

De visie van de minister over medische beeldvorming kan de spreker beter bekoren dan die van haar voorgangers. Het medisch korps vraagt een uitbreiding van de programmatie op dat vlak. Op het eerste gezicht komt

M. Damien Thiéry (MR) note que, quelles que soient les orientations préconisées par chacun, le budget présenté pour 2018 s'inscrit dans un contexte nettement plus favorable que celui de 2017. Ceci est la conséquence de décisions prises par le gouvernement depuis lors. Ce budget, en équilibre, a été approuvé à une très large majorité par le Conseil général de l'INAMI. La concertation a eu lieu avec toutes les parties prenantes.

La qualité et l'accessibilité des soins aux patients ne sont pas mises en péril. Le patient figure au centre des préoccupations.

L'intervenant constate qu'“un montant de 22,5 millions d'euros sera libéré pour permettre le remboursement des psychologues cliniciens en 2018. Les moyens seront alloués aux réseaux de l'article 107”. (DOC 54 2708/011, p. 4). S'inscrire dans de tels réseaux sera-t-il une obligation pour bénéficier du remboursement?

Le soutien à l'aide médicale urgente est pertinent. L'ambition de la ministre reste d'offrir une réponse dans les quinze minutes à 90 % des cas. Cette ambition est judicieuse, même s'il faut rester attentif aux 10 % qui restent. Le MR veut une solution adaptée aux zones rurales, où des pénuries sont constatées. Une ébauche de solution est-elle déjà tracée?

Si un accord social est mentionné dans la note de politique générale de la ministre, il n'y a pas de précision quant à son contenu. La ministre peut-elle transmettre des informations sur l'état des négociations?

Concernant le pacte conclu avec le secteur pharmaceutique, les derniers chiffres publiés par le SPF Économie, PME, Classes moyennes et Énergie montrent une baisse du prix des médicaments, de l'ordre de 0,37 % en janvier 2016 et en janvier 2017. Ces chiffres peuvent-ils être actualisés? Une évaluation du pacte, que le membre qualifie d'ambitieux, peut-elle être proposée?

L'outil “*MyHealthViewer.be*” simplifiera la vie des patients et garantira leur droit à l'information. Il serait intéressant de consacrer une réunion de présentation de cet outil aux membres.

La vision de la ministre sur l'imagerie médicale satisfait mieux l'intervenant que celle de ses prédécesseurs. Le corps médical demande une extension de la programmation en la matière. La note semble s'inscrire

de beleidsnota daaraan tegemoet. Het is belangrijk de aandacht te vestigen op dergelijke vooruitgang, teneinde de betrokken actoren gerust te stellen.

Inzake antibiotica moet worden gekozen voor een aanpak die gericht is op een vermindering van het gebruik ervan. Heeft het tot dusver gevoerde beleid tot een dergelijk resultaat geleid? Hebben de vooropgestelde maximumpercentages inzake het voorschrijven van merkgeneesmiddelen het beoogde effect gesorteerd? Is gebleken dat sommige artsen stelselmatig te veel voorschrijven? Zijn er methodes ontwikkeld om het voorschrijfgedrag weer in overeenstemming te brengen met de norm?

De actoren in het veld vestigen de aandacht op een probleem met de stageplaatsen voor de artsen in opleiding. De minister moet omgaan met de gevolgen van een situatie die is ontstaan in het verleden, toen het aantal jaren voor de artsenopleiding werd gewijzigd, maar waarbij niet werd stilgestaan bij de gevolgen zes jaar later. Tijdens de vorige regeerperiode is geen enkele voorbereidende maatregel, meer bepaald op budgettair vlak, genomen. Nochtans moest evenzeer een oplossing voor dat probleem worden gevonden. Welke oplossingen stelt de minister voor? Zij mogen niet ten koste gaan van de opleiding van de toekomstige artsen.

Hoe staat het met de hervorming van de medische wachtdiensten? Is er nieuwe informatie beschikbaar?

De invoering van het elektronische voorschrift heeft geleid tot een debat met betrekking tot oudere artsen, die minder vertrouwd zijn met informatietoepassingen. Hoe kunnen zij worden gerustgesteld?

Met betrekking tot de ziekenfondsen stelt de minister vijf concrete acties voor. Bij het begin van de regeerperiode werden een zestigtal acties overwogen. Zijn de vijf genoemde acties de enige die de minister nog zal ondernemen, of worden zij louter als voorbeeld aangehaald?

*
* *

Mevrouw Nathalie Muylle (CD&V) wenst vooreerst de minister te bedanken voor het neergelegde budgettaire kader, met een begroting in evenwicht, waarin de groeinorm van 1,5 % werd gerespecteerd en de indexmassa werd toegekend. België doet het goed op het vlak van gezondheidszorg en staat op de 5^{de} plaats in Europa. Op het vlak van toegankelijkheid doet België het schitterend. De kwaliteit van de gezondheidszorg is echter iets minder omdat men te veel doet op te veel plaatsen. De minister geeft in haar beleidsnota aan dat ze hieraan zal werken, door de beheersing van het aanbod, door

dans ce mouvement. Il est important de souligner de telles avancées, afin de rassurer les parties prenantes.

L'approche en matière d'antibiotiques doit être celle d'une diminution de l'utilisation. La politique menée jusqu'ici a-t-elle abouti à un tel résultat? Les pourcentages de prescription maximaux de médicaments originaux ont-ils eu l'effet escompté? Des surprescripteurs ont-ils été mis en évidence? Des méthodes visant à faire revenir dans un comportement de prescription dans la norme ont-elles été développées?

Les acteurs de terrain mettent en évidence un problème de places de stage des médecins en formation. La ministre hérite d'une situation née dans le passé, au moment de la modification du nombre d'années des études de médecins, mise en place sans penser aux conséquences six ans plus tard. Aucune mesure préparatoire, notamment budgétaire, n'a été prise au cours de la législature précédente. Ce n'est pas pour autant qu'il ne faille pas résoudre ce problème. Quelles solutions la ministre propose-t-elle? La formation des futurs médecins ne doit pas être impactée.

Qu'en est-il de la réforme des gardes médicales? De nouvelles informations sont-elles disponibles?

La mise en place des prescriptions électroniques a donné lieu à des discussions concernant les médecins plus âgés, moins versés dans l'informatique. Comment les rassurer?

Cinq actions concrètes sont citées par la ministre concernant les mutuelles. Au début de la législature, une soixantaine d'actions étaient envisagées. Les cinq citées sont-elles les seules que la ministre entreprendra encore, ou sont-elles citées à titre d'exemple?

*
* *

Mme Nathalie Muylle (CD&V) tient tout d'abord à remercier la ministre pour le cadre budgétaire déposé, prévoyant un budget en équilibre, respectant la norme de croissance de 1,5 % et accordant la masse d'index. Enregistrant de bons résultats en matière de soins de santé, la Belgique occupe la 5^e place en Europe. En matière d'accessibilité, ses résultats sont brillants. La qualité des soins de santé est cependant légèrement moins bonne, les prestations étant trop nombreuses à de trop nombreux endroits. La ministre indique dans la note de politique générale qu'elle s'y attèlera en gérant

de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en van het ziekenhuislandschap.

Als lokaal bestuurder vraagt de spreekster aandacht voor een onderwerp dat niet vaak besproken wordt binnen de bespreking van de begroting, namelijk de pensioenlasten voor de statutaire ambtenaren in ziekenhuizen met publieke partners. Er werden in 2011 en 2014 afspraken gemaakt voor de neutralisering van de meerkost. In heel wat centrumsteden stelt men nu vast dat die neutralisering nog haalbaar is voor de jaren 2018 en 2019, maar vanaf de jaren 2021-2022 zal men met ernstige tekorten, van 1,5 tot 3 miljoen euro voor kleine ziekenhuizen, kampen. Is de minister daarop voorbereid? Worden deze tekorten al in de huidige regeerperiode in kaart gebracht en wordt er rekening mee gehouden in het budgettaire kader?

In de beleidsnota is er sprake van een auditrapport over medische beeldvorming van de Dienst Geneeskundige Controle en Evaluatie van het RIZIV. De spreekster wenst te vernemen of dit rapport al klaar is, wat de conclusies ervan zijn en of er stappen kunnen worden gezet. In Vlaanderen wachten immers nog 5 ziekenhuizen op een extra MRI-apparaat.

In hoofdstuk 8 van de beleidsnota staat vermeld dat in 2018 “vele ziekenhuizen hun gekozen EPD-systeem in gebruik [zullen] nemen”. De spreekster zou willen weten wat de minister bedoelt met “vele” ziekenhuizen. Ze heeft namelijk de indruk dat men op het terrein zit te wachten op wat de ander zal doen. Door de netwerkvorming is het nu belangrijk dat er qua software uniformiteit is, wat niet zo evident is. Gaat het dus concreet om een hoog percentage ziekenhuizen dat nu al instapt, of blijft er nog een groep achter?

Wat de geestelijke gezondheidszorg betreft, is de spreekster tevreden met de 1^{ste} stap die is gezet met de terugbetaling van de klinische psychologische zorg. Het is ook prima dat de 22,5 miljoen besteed zal worden aan matige aandoeningen. Verder wordt er in de beleidsnota verwezen naar artikel 107, maar dit artikel heeft enkel betrekking op volwassenen. Zullen kinderen ook in aanmerking komen? Hoe ziet de uitwerking van de uitgave van die 22,5 miljoen er concreet uit?

Wat artikel 107 betreft, is het terecht dat er gewerkt zal worden aan verbreding en verdieping. Wat houdt de “hertekening van de geografische regio’s” echter precies in? Gaan die regio’s gelijklopen met de klinische netwerken?

Het is volgens de spreekster ook terecht dat de mobiele zorgvorm zal worden versterkt. Het personeel zal

l’offre et en réformant le financement des hôpitaux et le paysage hospitalier.

En tant que mandataire locale, l’intervenante demande que l’on prête attention à un sujet qui n’est pas souvent abordé dans le cadre des discussions budgétaires, à savoir les charges de pension des agents statutaires dans les hôpitaux à partenariat public. Des accords ont été pris en 2011 et 2014 concernant la neutralisation du surcoût. On constate à présent dans de nombreuses villes-centres que cette neutralisation sera encore réalisable en 2018 et 2019, mais que, dès les années 2021-2022, on sera confronté à de sérieux déficits de 1,5 à 3 millions d’euros pour les petits hôpitaux. La ministre y est-elle préparée? Ces déficits seront-ils déjà répertoriés pendant la législature en cours et le cadre budgétaire les prend-il en compte?

La note de politique générale fait état d’un rapport d’audit du Service d’évaluation et de contrôle médicaux de l’INAMI concernant l’imagerie médicale. L’intervenante demande si ce rapport est déjà finalisé, quelles en sont les conclusions et si des mesures peuvent être prises. En Flandre, cinq hôpitaux attendent en effet encore un appareil d’IRM supplémentaire.

Au chapitre 8 de la note de politique générale, il est indiqué qu’en 2018 “de nombreux hôpitaux utiliseront le système DPI choisi”. L’intervenante s’enquiert de ce que la ministre entend par “de nombreux” hôpitaux. Elle a en effet l’impression que, sur le terrain, on attend de voir ce que fera l’autre. Par suite de la formation de réseaux, il est désormais important d’avoir une uniformité en matière de logiciel, ce qui n’est pas si aisé. S’agit-il donc concrètement d’un pourcentage élevé d’hôpitaux qui l’utiliseront déjà ou un groupe restera-t-il à la traîne?

S’agissant des soins de santé mentale, l’intervenante se dit satisfaite du premier pas franchi avec le remboursement des soins psychologiques cliniques. Elle se réjouit aussi que les 22,5 millions soient consacrés à des affections modérées. La note de politique générale renvoie par ailleurs à l’article 107, mais cet article ne concerne que les adultes. Les enfants entreront-ils également en ligne de compte? Comment l’affectation concrète de ces 22,5 millions se déroulera-t-elle?

En ce qui concerne l’article 107, c’est à juste titre que l’on œuvrera à son élargissement et à son approfondissement. Que faut-il toutefois entendre précisément par “le périmètre géographique de certains réseaux sera redessiné”? Ces régions vont-elles coïncider avec les réseaux cliniques?

Selon l’intervenante, c’est également à juste titre que l’on renforcera la forme mobile des soins. Le personnel

voortkomen uit de “bevriezing” van het psychiatrisch beddenhuis. Heeft de minister er zicht op hoeveel bedden er te veel zijn en welke middelen er dus nog voorhanden zijn?

De spreekster vraagt zich bovendien af of de minister bereid is om een deel van de reconversie vanuit algemene ziekenhuizen te doen? Niet iedere regio heeft immers een psychiatrisch ziekenhuis, met psychiatrische bedden die men kan afbouwen.

Het KCE formuleerde een aantal aanbevelingen met betrekking tot de forensische zorg in het rapport “Penitentiaire gezondheidszorg”. Van welke aanbevelingen zal de minister op korte termijn werk maken?

De spreekster staat even stil bij hoofdstuk 5 over de zorgberoepen. Ze zou ten eerste willen weten of de ziekenhuisstage van de HAIO's in een overgangsfase nog opgenomen zal zijn in de basisopleiding, waardoor ze 2,5 jaar zal duren in plaats van 3 jaar. Volgen er bovendien verdere initiatieven rond het statuut van de artsen in opleiding? Binnenkort zullen er weer artsenverkiezingen plaatsvinden. Licht de datum al vast en komt er een wijziging van de deelnamevoorwaarden?

Vervolgens heeft de spreekster een specifieke vraag in verband met de tandartsen, namelijk wanneer de erkenning van de mondhygiënisten als paramedisch beroep er zal komen en onder welke voorwaarden.

Wat het meerjarenplan voor de apothekers betreft, is er volgens de spreekster mooi werk geleverd. In het meerjarenplan zijn andere zaken opgenomen, zoals de spreidingsreglementering en de hervorming van de wachtdienst. Wanneer kan men de uitwerking ervan verwachten? Wat zijn de concrete plannen van de minister rond de online dienstverlening? Op het terrein bestaat er namelijk de vrees dat de deur zal worden opengezet voor het online aankopen van alle voorschriftplichtige geneesmiddelen, en niet enkel voor bepaalde doelgroepen.

De spreekster wenst verder te vernemen hoe ver het staat met de wijzigingen in verband met de ondersteunende GGZ-beroepen. De overgangsperiode van de bachelors loopt stilaan ten einde. Er werd gesproken over een nieuw GGZ-beroep dat zou worden gecreëerd. Hoe ver staat het daarmee en is er daarover advies gevraagd aan de Federale Raad?

Voorts heeft de spreekster enkele vragen die betrekking hebben op hoofdstuk 6 over de hervorming van

sera issu du “gel” de la capacité de lits psychiatriques. La ministre connaît-elle le nombre de lits excédentaires, et donc le volume des moyens encore disponibles?

L'intervenante se demande en outre si la ministre est disposée à procéder à une partie de la reconversion à partir des hôpitaux généraux. En effet, toutes les régions ne disposent pas d'un hôpital psychiatrique où des lits psychiatriques peuvent être supprimés.

Le KCE a formulé des recommandations à propos des soins pénitentiaires dans le rapport “Soins de santé pénitentiaires”. Quelles recommandations la ministre compte-t-elle mettre en œuvre à court terme?

L'intervenante s'attarde également quelque peu sur le chapitre 5 consacré aux professions des soins de santé. Elle voudrait tout d'abord savoir si le stage en hôpital des MCG entrera encore, dans une phase transitoire, en ligne de compte dans la formation de base, ce qui en ramènerait la durée à 2,5 ans au lieu de 3 ans. Y aura-t-il en outre d'autres initiatives concernant le statut des médecins en formation? De nouvelles élections médicales seront bientôt organisées. Leur date est-elle déjà fixée et y aura-t-il des modifications apportées aux conditions de participation?

L'intervenante se pose ensuite une question spécifique concernant les dentistes, à savoir à quel moment les hygiénistes buccaux seront reconnus en tant que titulaires d'une profession paramédicale et dans quelles conditions.

En ce qui concerne le plan pluriannuel relatif aux pharmaciens, l'intervenante estime que l'on a fait du beau travail. Le plan pluriannuel aborde d'autres sujets, comme la réglementation sur la répartition et la réforme du service de garde. Quand la mise en œuvre est-elle prévue? Quels sont les projets concrets de la ministre concernant le service en ligne? Sur le terrain, on craint en effet que la porte soit ouverte à l'achat en ligne de tous les médicaments soumis à prescription médicale, et pas seulement pour certains groupes cibles.

L'intervenante souhaiterait également savoir où en sont les modifications liées aux professions de support en matière de soins de santé mentale. La période de transition des bacheliers prendra bientôt fin. Il a été question de la création d'une nouvelle profession de soins de santé mentale. Où en est-on à cet égard et a-t-on demandé l'avis du Conseil fédéral?

Ensuite, l'intervenante se pose quelques questions concernant le point 6 relatif à la réforme de l'organisation

de organisatie en de financiering van de ziekenhuizen. Er zullen 2 wetsontwerpen, over de laagvariabele zorg en over de *governance*, worden ingediend. Zullen die 2 ontwerpen aan elkaar worden gekoppeld en zal hun timing op elkaar worden afgestemd? Wanneer kunnen de wetsontwerpen in het parlement worden verwacht?

Nog steeds in het kader van de organisatie van de ziekenhuizen, op het vlak van aanbodbeheersing, vraagt de spreker zich af of er in de huidige regeerperiode geen nieuwe programmatiecriteria voor het aantal bevalingen per ziekenhuis, pediatrie en spoed zullen komen.

Hoofdstuk 7 van de beleidsnota handelt over de niet-planbare zorg. De spreker stelt vast dat de 112-centrales nu vaak beslissen om een helikopter te sturen in plaats van een ambulance, terwijl er geen speciale tarieven zijn voor die helikopters en er geen rekening wordt gehouden met de reële kost. Voorziet de minister een specifieke regeling voor helikoptertransport?

Binnen dit hoofdstuk hoort ook de vraag naar de evaluatie van de wijkgezondheidscentra. Hoe staat het daar vandaag mee?

In het kader van hoofdstuk 8 vraagt de spreker wat verduidelijking over het Tetrys-concept. Wat houdt het precies in en kan de minister een concreet voorbeeld geven?

Ten slotte verwijst de spreker naar de extra maatregelen die zullen worden genomen om problematisch alcoholverbruik te verminderen. Zijn er al conclusies getrokken uit de eerste pilootprojecten rond de Alcohol-Liaison? Zullen de pilootprojecten verder worden gezet of komt er een eerder algemene uitrol van de liaison-functie op de spoeddiensten?

*
* *

Mevrouw Ine Somers (Open Vld) is verheugd dat er in het kader van de begroting niet ten laste van de patiënt wordt bespaard. Het afsluiten van realistische meerjarige en globale akkoorden met de farmaceutische sector en de sector van de medische hulpmiddelen is een belangrijk instrument voor het realiseren van het evenwicht van de begroting. De engagementen die in dit soort akkoorden worden genomen, zowel door de sector als door de overheid, maken het voorgestelde budgettaire traject mogelijk.

Enkele belangrijke budgettaire engagementen die voor 2018 door de fractie van de spreker worden

et du financement des hôpitaux. Deux projets de loi seront déposés, en ce qui concerne les soins à faible variation et la gouvernance. Ces deux projets seront-ils joints et leur délai de traitement sera-t-il harmonisé? Quand peut-on attendre les projets de loi au parlement?

Toujours dans le cadre de l'organisation des hôpitaux, sur le plan de la gestion de l'offre, l'intervenante se demande si, sous l'actuelle législature, il n'y aura pas de nouveaux critères de programmation en ce qui concerne le nombre d'accouchements par hôpital, la pédiatrie et les urgences.

Le chapitre 7 de la note de politique traite des soins non planifiables. L'intervenante constate qu'aujourd'hui, les centrales 112 décident souvent d'envoyer un hélicoptère au lieu d'une ambulance alors qu'il n'existe pas de tarifs spéciaux pour les hélicoptères et que le coût réel n'est pas pris en compte. La ministre prévoit-elle une réglementation spécifique pour le transport en hélicoptère?

La demande concernant l'évaluation des maisons médicales relève également de ce chapitre. Qu'en est-il aujourd'hui?

Concernant le chapitre 8, l'intervenante demande des précisions au sujet du concept Tetrys. En quoi consiste-t-il précisément et la ministre peut-elle donner un exemple concret?

Enfin, l'intervenante renvoie aux mesures supplémentaires qui seront prises pour réduire la consommation problématique d'alcool. Des conclusions ont-elles déjà été tirées des premiers projets pilotes concernant la liaison alcool? Les projets pilotes seront-ils poursuivis ou procèdera-t-on plutôt à la généralisation de la fonction de liaison dans les services d'urgence?

*
* *

Mme Ine Somers (Open Vld) se réjouit que les économies ne soient pas réalisées au préjudice du patient dans le cadre du budget. La conclusion d'accords pluriannuels et globaux réalistes avec le secteur pharmaceutique et le secteur des dispositifs médicaux constitue un instrument important pour atteindre l'équilibre budgétaire. Les engagements pris dans le cadre de ces accords, tant par le secteur que par les pouvoirs publics, permettront de suivre la trajectoire budgétaire proposée.

Parmi les engagements budgétaires majeurs pris par le groupe de l'intervenante pour 2018 figurent

genomen zijn de 22,5 miljoen bijkomende middelen voor de terugbetaling van de klinisch psycholoog, gecombineerd met acties om het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen terug te dringen en de 100 miljoen euro voor het sociaal akkoord voor de periode 2017-2020.

De terugbetaling van de klinisch psycholoog is volgens de spreker een historisch feit, en ze is verheugd dat het nog tijdens de huidige regeerperiode wordt ingevoerd. De focus op matige psychische aandoeningen wordt ook positief geëvalueerd, op voorwaarde dat, in samenwerking met de gemeenschappen, de huisartsen goed worden ondersteund bij hun zorg voor personen met lichte psychische problemen. Zijn hierover al concrete afspraken gemaakt met de gemeenschappen?

In het algemeen is de spreker van mening dat er tijdens de huidige regeerperiode grote stappen gezet zijn in het geestelijke gezondheidsbeleid. Er zullen erkenningsvoorwaarden voor de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen komen. De start van de GGZ-netwerken voor kinderen en jongeren verloopt goed. Begin 2018 zullen alle programma's in alle provincies van start zijn gegaan, zodat er in de loop van 2018 ook evaluaties van al die programma's zullen kunnen plaatsvinden. De fractie van de spreker looft ook de inspanningen die zijn gedaan in het kader van artikel 107 en in het bijzonder de engagementen die worden aangekondigd in verband met de versterking van de mobiele teams en de correcte vergoeding van de aan de mobiele teams verbonden psychiater.

Op het vlak van *e-health* betekent MyHealthViewer.be een belangrijke vooruitgang voor de patiënt. Natuurlijk moet de patiënt ook nog goed worden geïnformeerd over hoe hij zijn gegevens kan vinden en hoe hij die gegevens moet interpreteren. Hoe zal dit concreet worden aangepakt? Hoe wordt dit naar de patiënt gecommuniceerd? Ook positief is het dat met de patiënt in gesprek zal worden gegaan om te bekijken welke andere informatie voor de patiënt nuttig kan zijn en in welke vorm. Het belang van *health literacy* mag namelijk niet worden onderschat.

De fractie van de spreker is blij met de aandacht die in het Meerjarencader Evidence Based Practice wordt besteed aan de implementatie van medische richtlijnen. Het is immers niet omdat richtlijnen beschikbaar zijn, dat ze ook altijd worden toegepast. Samen met MR en N-VA heeft de fractie van de spreker een resolutie met betrekking tot *nudging* neergelegd, om de regering aan te sporen de inzichten van de gedragswetenschappen op te nemen in de uitvoering van het

notamment les 22,5 millions de moyens supplémentaires pour le remboursement des séances de psychologie clinique, combinés à des actions visant à réduire l'utilisation de somnifères et de tranquillisants, ainsi que les 100 millions d'euros affectés à l'accord social pour la période 2017-2020.

Selon l'intervenante, le remboursement des consultations chez le psychologue clinicien constitue un fait historique, et elle se réjouit que ce mécanisme sera encore instauré sous la présente législature. Il est bon également que l'accent soit mis sur les pathologies psychiques modérées, à condition qu'en collaboration avec les Communautés, les médecins généralistes soient soutenus dans les soins qu'ils prodiguent aux personnes présentant des pathologies psychiques légères. Des accords concrets ont-ils déjà été conclus en ce sens avec les Communautés?

De manière générale, l'intervenante estime que de grands pas ont été faits, au cours de la législature, en matière de politique de santé mentale. Des critères d'agrément pour les psychologues cliniciens et les orthopédagogues cliniciens seront notamment établis. Le lancement des réseaux SSM pour les jeunes et les enfants se passe bien. Début 2018, tous les programmes auront démarré dans toutes les provinces, si bien que l'on pourra déjà procéder à des évaluations de tous ces programmes dans le courant de l'année. Le groupe de l'intervenante loue également les efforts qui ont été faits dans le cadre de l'article 107 et se réjouit en particulier de l'engagement qui a été pris de renforcer les équipes mobiles et de rémunérer correctement le psychiatre lié à ces équipes.

En matière d'*e-health*, le site MyHealthViewer.be représente une avancée importante pour le patient. Il faudra évidemment encore bien expliquer au patient comment il peut trouver ses données et comment il doit les interpréter. Comment s'y prendra-t-on concrètement et comment en informera-t-on le patient? Il est également positif qu'un dialogue sera noué avec le patient afin de voir quelles autres informations peuvent lui être utiles et sous quelle forme. Il ne faut en effet pas sous-estimer l'importance des connaissances générales en matière de santé (*health literacy*).

Le groupe de l'intervenante se réjouit de l'intérêt porté, dans le Cadre pluriannuel Evidence Based Practice, à la mise en œuvre des directives médicales. En effet, ce n'est pas parce des directives existent qu'elles sont toujours appliquées. Avec le MR et la N-VA, le groupe de l'intervenante a déposé une résolution relative au *nudging*, afin d'inciter le gouvernement à intégrer les acquis des sciences comportementales dans la mise en œuvre de sa politique. L'intervenante espère que la

beleid. De spreekster hoopt dat de minister ook in het meerjarencader gebruik zal maken van deze inzichten.

De heer Dirk Janssens (Open Vld) stelt namens zijn fractie enkele punctuele vragen.

Het KCE zou moeten uitklaren waarvoor de *whole genome sequencing*-techniek nuttig kan zijn, hoe een ge-centraliseerde infrastructuur moet worden uitgebouwd en wat de maatschappelijke implicaties zijn. Wanneer zal de analyse van het KCE klaar zijn?

Hoe ver staat de uitwerking van een wetgevingstechnische oplossing voor het ter beschikking hebben en het transport van geneesmiddelen in een urgentie- of sedatiekit door verpleegkundigen van de multidisciplinaire begeleidingsequipes, onder de verantwoordelijkheid van de equipe-apotheker?

Wat de geïnterneerden betreft, wenst de spreker te vernemen wanneer de Long stay-instelling in Aalst er zal komen. De timing is belangrijk, want geïnterneerden die uitstromen uit de gewone FPC's zullen terecht moeten komen in een dergelijke Long stay-instelling.

Ten slotte stelt de spreker vast dat er in 2018 35 miljoen extra wordt uitgetrokken voor dringende geneeskundige hulpverlening. Zullen de ambulancediensten dankzij die extra middelen kwalitatief kunnen werken zonder verlies te draaien? De audit met betrekking tot de wachtposten lijkt heel wat informatie te hebben opgeleverd over de volgende te nemen stappen. Wanneer mag daarover een definitief kader of initiatief worden verwacht?

*
* *

ministre utilisera également ces acquis dans le cadre pluriannuel.

M. Dirk Janssens (Open Vld) pose plusieurs questions ponctuelles au nom de son groupe.

Le KCE devrait déterminer dans quels cas la technique du *whole genome sequencing* présente une utilité, comment mettre en place une infrastructure centralisée et quelles sont les implications sociétales. Quand l'analyse du KCE sera-t-elle prête?

Où en est l'élaboration d'une solution technicolégale permettant aux infirmiers d'équipes d'accompagnement multidisciplinaires de disposer de médicaments dans des kits d'urgence ou de sédation et de les transporter sous la responsabilité du pharmacien de l'équipe?

En ce qui concerne les internés, l'intervenant demande quand l'établissement "Long séjour" dont l'ouverture est prévue à Alost sera mis en service. Le calendrier est important, car des internés issus des CPL traditionnels devront être accueillis dans ce type d'établissements.

L'intervenant constate enfin que 35 millions d'euros supplémentaires seront libérés en 2018 pour l'aide médicale urgente. Ces moyens supplémentaires permettront-ils aux services d'ambulance de fournir un travail de qualité sans enregistrer de pertes? L'audit relatif aux postes de garde semble avoir livré beaucoup d'informations quant aux prochaines mesures à prendre. Quand peut-on espérer l'élaboration d'une initiative ou d'un cadre définitifs dans ce domaine?

*
* *

Mevrouw Karin Jiroflée (sp.a) stelt vast dat in de inleiding van de beleidsnota 2018 een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg wordt beloofd. Dat schept uiteraard grote verwachtingen. Helaas vindt zij in de rest van de nota weinig terug van die beloftes. Bovendien leest de spreker in de inleiding dat de gezondheidsbegroting met een overgrote meerderheid werd goedgekeurd in de Algemene Raad van het RIZIV. De minister vergeet er echter bij te vermelden dat iedereen rond de tafel het over een “begroting in mineur” had.

Er moet immers opnieuw worden bespaard en er is weer geen ruimte om de toegankelijkheid te vergroten en innovatie te stimuleren.

De fractie van de spreker denkt dat het nog te vroeg is om een hoera-verhaal af te steken. Enkel het deel van de maatregelen rond de farmaceutische sector wordt concreet ingevuld. Bovendien hebben nogal wat mensen bij het RIZIV vraagtekens bij de haalbaarheid van die maatregelen. Het Rekenhof heeft de maatregelen ook niet beoordeeld. Garandeert de minister dat zij het bedrag zullen opbrengen dat zij aankondigt? Wat zal er gebeuren indien dat opnieuw niet gebeurt? Zal de farmaceutische sector dan in overschrijding mogen gaan of zal de minister dat deze keer niet toestaan?

De overige budgettaire maatregelen zijn niet ingevuld. Er moeten nieuwe tariefakkoorden worden afgesloten met de artsen, kinesisten, logopedisten, enzovoort.

Op het eerste gezicht ziet het plaatje van het budget er goed uit. De beloofde groeinorm wordt voor het eerst gehaald. Voor de terugbetaling van de klinische psychologen wordt er 22,5 miljoen uitgetrokken. Over de modaliteiten van die maatregel staat er in de beleidsnota echter niets te lezen. Op welke manier zal dat bedrag worden besteed? De impact van die 22,5 miljoen kan onmogelijk groot zijn, want voor een deftige terugbetaling van de psychologische zorg zou zo'n 400 à 500 miljoen euro nodig zijn.

Het valt de spreker ook op dat die middelen in de interdepartementale provisie voorzien zijn. Waarom zijn ze niet ingeschreven in het budget Gezondheid?

Het is positief dat er een budget wordt uitgetrokken voor de geïnterneerden. Minder goed is het volgens de spreker dat de groeinorm te beperkt is om de evolutie van de uitgaven bij te houden. Nu zal er weer een besparing van 238 miljoen nodig zijn om binnen

Mme Karin Jiroflée (sp.a) constate que l'introduction de la note de politique générale 2018 promet des soins de santé abordables, accessibles et de qualité, ce qui suscite évidemment d'importantes attentes. Malheureusement, ces promesses sont peu abordées dans le reste de la note. En outre, l'intervenante lit dans l'introduction que la proposition de budget des soins de santé a été approuvée à une large majorité au sein du Conseil général de l'INAMI. La ministre oublie toutefois de mentionner à ce propos que tout le monde autour de la table a évoqué un “budget en mineur”.

Il faut en effet à nouveau réaliser des économies et il n'y a à nouveau aucune marge de manœuvre pour accroître l'accessibilité et stimuler l'innovation.

Le groupe de l'intervenante pense qu'il est encore trop tôt pour crier victoire. Seules les mesures relatives au secteur pharmaceutique sont concrétisées. En outre, de nombreuses personnes au sein de l'INAMI s'interrogent sur la faisabilité de ces mesures. Celles-ci n'ont pas non plus été évaluées par la Cour des comptes. La ministre garantit-elle qu'elles rapporteront le montant annoncé? Qu'advient-il si ce n'est à nouveau pas le cas? Le secteur pharmaceutique pourra-t-il dans ce cas dépasser le budget prévu ou la ministre ne l'autorisera-t-elle pas cette fois?

Les autres mesures budgétaires ne sont pas développées. De nouveaux accords tarifaires doivent être conclus avec les médecins, les kinésithérapeutes, les logopèdes, etc.

À première vue, le cadre budgétaire semble correct. La norme de croissance promise est pour la première fois atteinte. Un montant de 22,5 millions d'euros est prévu pour le remboursement des psychologues cliniciens. Les modalités de cette mesure ne sont toutefois pas précisées dans la note de politique générale. Comment ce budget sera-t-il affecté? L'impact de ces 22,5 millions d'euros ne peut pas être conséquent, car un remboursement convenable des soins psychologiques nécessiterait un budget avoisinant les 400 à 500 millions d'euros.

L'intervenante note également que ces moyens sont prévus dans le cadre de la provision interdépartementale. Pourquoi ne sont-ils pas inscrits au budget de la Santé?

L'intervenante se réjouit qu'un budget soit prévu pour les internés, mais regrette que la norme de croissance soit trop limitée pour suivre l'évolution des dépenses. Il faudra à nouveau faire une économie de 238 millions d'euros pour respecter le carcan imposé par le

het keurslijf van de huidige regering te blijven. Van dat bedrag wordt 184 miljoen in de farmaceutische industrie gezocht.

Dat cijfer wordt echter door verschillende bronnen betwist. Er wordt gezegd dat als men de berekeningswijze van de beleidsnota 2017 zou toepassen, het over 214 miljoen zou gaan. Bijgevolg heeft de spreekster de indruk dat er een beetje getoverd wordt met netto- en brutobedragen. Van het globale bedrag wordt er 12,2 miljoen aan de zorgverstrekkers gevraagd. Wat zal de minister doen opdat de patiënt daar niet de dupe van zal worden?

De spreekster gaat verder met hoofdstuk drie, over de transversale beleidslijnen. Daar staat te lezen dat de vertegenwoordigers van de patiënten zullen worden opgenomen in de geneesmiddelencommissie van het FAGG. Dit werd anderhalf jaar geleden al aangekondigd en pas recent heeft het FAGG laten weten dat de legale basis binnenkort zal worden gepubliceerd.

In hetzelfde hoofdstuk spreekt de minister over de rode draad in haar beleid, namelijk de *evidence based policy and practice*. In dat verband vraagt de fractie van de spreekster zich af waar om er werkingsmiddelen worden geschrapt voor Farmaka. De organisatie gebruikte een duidelijke *evidence based* methode, waarover de artsen zeer tevreden waren. Hierover werd de minister reeds mondeling ondervraagd en zij antwoordde toen dat er meer digitaal zou worden geïnformeerd. De artsen zelf geven aan dat het bijzonder moeilijk is om digitaal op te volgen en dat ze veel liever Farmaka hadden behouden.

In de eerste paragraaf van het hoofdstuk over de transversale beleidslijnen staat dat er gewerkt zal worden rond de gezondheidsdoelstellingen. Die doelstellingen gaan ook al de hele legislatuur mee en de spreekster vraagt zich af wanneer er schot in de zaak zal komen.

De minister kondigt ook aan dat ze de “gezondheidsongelijkheden” wil verkleinen. Dat wordt echter in geen enkele concrete maatregel of intentie vertaald.

In het hoofdstuk over de medische beeldvorming gaat het over de invoering van het elektronisch voorschrift. Dat is volgens de spreekster een begin, maar ze vraagt zich of het elektronisch voorschrift wel alles zal oplossen. Wat is de meerwaarde ervan? Er zal worden geëvalueerd of de uitbreiding van de programmatie van de NMR-toestellen een goede zaak is. Tegelijk vraagt de spreekster zich af hoe het dan zit met de CT-scanners,

gouvernement actuel. Sur ce montant, 184 millions seront cherchés dans l’industrie pharmaceutique.

Ce chiffre est toutefois contesté par différentes sources. Selon les dires, si l’on appliquait le mode de calcul de la note de politique générale 2017, il s’agirait de 214 millions d’euros. L’intervenante a dès lors l’impression que l’on joue un peu sur les montants bruts et les montants nets. Sur le montant global, une économie de 12,2 millions d’euros est demandée aux prestataires de soins. Que compte faire la ministre pour éviter que le patient n’en fasse les frais?

L’intervenante poursuit en abordant le chapitre 3, relatif aux lignes politiques transversales, qui précise que des représentants des patients rejoindront la commission des médicaments de l’AFMPS. Cela fait déjà un an et demi que cette annonce a été faite et l’AFMPS n’a fait savoir que récemment que la base légale serait publiée prochainement.

Dans le même chapitre, la ministre évoque le fil rouge de sa politique, à savoir la méthode fondée sur des preuves (*evidence based practice*). À cet égard, l’intervenante s’interroge sur la raison de la suppression des moyens de fonctionnement destinés à Farmaka. L’organisation appliquait une méthode fondée sur des preuves, à la grande satisfaction des médecins. La ministre a déjà été interrogée oralement à ce sujet et a répondu que l’information serait davantage diffusée par voie numérique. Les médecins disent eux-mêmes qu’il est particulièrement difficile de suivre l’information numérique et qu’ils auraient de loin préféré conserver Farmaka.

Le premier paragraphe du chapitre relatif aux lignes politiques transversales précise que l’on travaillera sur les objectifs en matière de santé. Ces objectifs sont évoqués depuis toute la législature et l’intervenante se demande quand il y aura des avancées.

La ministre annonce également qu’elle entend réduire les “inégalités en matière de santé”. Cette volonté n’est toutefois traduite dans aucune mesure ou intention concrète.

Le chapitre relatif à l’imagerie médicale porte sur l’introduction de la prescription électronique. Selon l’intervenante, c’est un début, mais elle se demande si la prescription électronique résoudra tous les problèmes. Quelle est la plus-value de cette prescription? On évaluera si l’extension de la programmation des appareils RMN est une bonne chose. L’intervenante se demande également quel sort sera réservé aux CT-scans, dont le

die toch moeten worden verminderd. De aangehaalde hoge stralingsbelasting komt immers niet van de NMR-toestellen, maar van de CT-scanners.

Vorig jaar vond de spreekster dat de minister wat de antibiotica betrof, de verantwoordelijkheid te veel bij de patiënt legde en helemaal niet bij de arts. In de beleidsnota 2018 staat er een vaag voornemen om te gaan onderzoeken wat de reden voor te veel antibiotica voorschrijven zou kunnen zijn. De fractie van de spreekster denkt dat de minister strenger zou moeten optreden ten opzichte van de artsen.

Deel 4.2.3 van de beleidsnota is gewijd aan kanker. Het Plan Geïntegreerde zorg is in dat kader zeer zinvol. Wordt er ook al gedacht aan een planning voor andere ziektes? Daarnaast vraagt de spreekster aandacht voor de kosten die ex-patiënten oplopen na kanker, zowel op niet-medisch als medisch vlak. Er zijn stappen gezet in het akkoord met de tandartsen, maar er kan nog meer worden gedaan. Had de minister op dit vlak wat ambitieuzer kunnen zijn?

Het is een goede zaak dat de aangepaste zorg voor geïnterneerden zich verder blijft ontwikkelen en dat het nu onder Volksgezondheid valt. Er ontstaan langzamerhand wel discussies over de toereikendheid van het personeelskader. Vooral om personen die zogenaamde detentieschade hebben geleden op te vangen is er te weinig personeel. Wordt er aan die problemen gewerkt of heeft de minister plannen om ze aan te pakken? Gaan bovendien de kwaliteitsnormen in de 2 private FPC's worden geëvalueerd?

Mevrouw Jiroflée vindt het goed dat er in de beleidsnota aandacht wordt geschonken aan gendergerelateerd geweld.

Het hoofdstuk rond de zorgverstrekkers heeft hetzelfde probleem als veel andere hoofdstukken: er worden weer veel adviezen gegeven, maar geen concrete maatregelen voorgesteld. Verder in het hoofdstuk, in de paragraaf over deontologie, valt het op dat er nu gesproken wordt om nog meer nieuwe ordes op te richten, namelijk voor de geestelijke gezondheidszorg en voor de tandartsen. De fractie van de spreekster vraagt zich af of er geen andere mogelijkheden zijn om een deontologisch kader te voorzien. Ordes zijn immers nogal ouderwets. Tien jaar geleden gaf professor Herman Nys reeds aan dat het oprichten van nieuwe ordes zinloos en uit de tijd was. Zit de meerderheid van de tandartsen

nummer moet toch worden vermindert. En effect, de blootstelling verhoogd aan stralingen van medische oorsprong vermeld in de notitie komt niet van de MRI-apparaten maar wel van de CT-scans.

L'année dernière, l'intervenante considérait que la ministre faisait trop reposer la responsabilité sur les patients en ce qui concerne la consommation d'antibiotiques, et pas du tout sur les médecins. La note de politique générale 2018 mentionne une vague intention d'examiner quelles pourraient être les raisons de la prescription excessive d'antibiotiques. Le groupe de l'intervenante estime que la ministre devrait se montrer plus sévère à l'égard des médecins.

La partie 4.2.3 de la note de politique générale est consacrée au cancer. Le Plan soins intégrés est très pertinent dans ce cadre. Un plan est-il également envisagé pour d'autres maladies? L'intervenante demande en outre qu'une attention soit accordée aux frais exposés par les patients après un cancer, tant sur le plan médical que non médical. Des avancées ont été enregistrées dans l'accord avec les dentistes, mais on peut encore faire davantage. La ministre aurait-elle pu être un peu plus ambitieuse sur ce plan?

L'intervenante se félicite que les soins adaptés pour les internés continuent à se développer et relèvent dorénavant de la Santé publique. Des discussions s'élèvent toutefois petit à petit quant à l'insuffisance du cadre du personnel. Il y a surtout trop peu de personnel pour prendre en charge les personnes ayant subi les effets préjudiciables de la détention. Ces problèmes sont-ils pris en compte ou la ministre a-t-elle des projets pour les résoudre? Le respect des normes de qualité sera-t-il en outre évalué au sein des deux CPL privés?

Mme Jiroflée se félicite que la note de politique générale accorde une attention à la violence liée au genre.

Le chapitre relatif aux prestataires de soins présente les mêmes manquements que beaucoup d'autres chapitres: les avis sont nombreux, mais peu de mesures concrètes sont proposées. Dans la suite de ce chapitre, dans le paragraphe relatif à la déontologie, il est à noter qu'il est question de créer encore de nouveaux ordres supplémentaires, notamment pour les professions des soins de santé mentale et les dentistes. Le groupe de l'intervenante se demande s'il n'existe pas d'autres possibilités pour prévoir un cadre déontologique. Les ordres sont en effet assez désuets. Il y a dix ans déjà, le professeur Herman Nys indiquait que la création de nouveaux ordres était vide de sens et dépassée. Les

wel op een nieuwe Orde te wachten? Is het niet beter om op termijn alle Ordes af te schaffen?

De spreekster gaat verder in hetzelfde hoofdstuk en vraagt zich in verband met de geestelijke gezondheidszorg af of de regeling rond de assistent-beroepen nog steeds op de agenda staat.

De fractie van de spreekster zal het Toekomstpact van nabij opvolgen. Het lijkt erop dat het budget in deze categorie geneesmiddelen zal ontsporen en het KCE-rapport stelde dat men wel kan spreken van overconsumptie. Dit deel had volgens de spreekster ook wat ambitieuzer mogen zijn.

Vervolgens heeft de spreekster enkele gerichte vragen.

Wanneer komt er een evaluatie inzake de autocontrole door de farmaceutische sector en in het bijzonder wat de medische hulpmiddelen betreft?

Nog steeds in verband met de medische hulpmiddelen: wat is de stand van zaken in verband met de uitvoering en implementatie van de verplichte traceerbaarheid van implantaten met het oog op de bescherming van de veiligheid en de gezondheid? Er is in dat kader een koninklijk besluit vereist. Hoe staat het daar mee?

De hoofdstukjes over tabak en alcohol zijn volgens de spreekster te beknopt. Ze vindt niets terug over het neutrale sigarettenpakje en vraagt zich af of de minister hier misschien andere plannen heeft. Voor alcohol ontbreekt een globaal plan, terwijl de volledige commissie overtuigd is van het belang ervan. Er is niets terug te vinden over het verbieden van het verkopen van alcohol langs de snelweg en daarnaast wordt er gesproken over alcoholproducenten die “op vrijwillige basis” een etiket zullen mogen aanbrengen. Waarom wordt de etikettering over zwangerschap en leeftijd drempels niet gewoon verplicht? Dat is toch een voor de hand liggende maatregel?

Mevrouw Jiroflée geeft ook nog aan dat de directeur van het KCE blijft vrezen voor de onafhankelijkheid van het KCE binnen de nieuwe structuur die door de redesign van de diensten ontstaat. Is daar ondertussen iets aan veranderd?

Tot slot noemt de spreekster enkele zaken op die ze helemaal niet terugvindt in de beleidsnota. Er wordt niets concreet gezegd over betaalbare gezondheidszorg, hoewel dat in de eerste alinea wordt aangekondigd. Een

dentistes attendent-ils dans leur majorité un nouvel Ordre? Ne serait-il pas préférable de supprimer tous les Ordres à terme?

Plus loin dans le même chapitre, l'intervenante se demande, en ce qui concerne les soins de santé mentale, si la réglementation relative aux métiers de soutien est toujours à l'ordre du jour.

Le groupe de l'intervenante suivra de près le Pacte d'avenir. Il semble que le budget dérapera dans cette catégorie de médicaments et selon le rapport du KCE, il existe effectivement une surconsommation. Selon l'intervenante, cette partie aurait aussi pu être un peu plus ambitieuse.

L'intervenante formule ensuite quelques questions ciblées.

Quand l'autocontrôle par le secteur pharmaceutique sera-t-il soumis à une évaluation, en particulier en ce qui concerne les dispositifs médicaux?

Toujours en ce qui concerne les dispositifs médicaux: où en est-on dans la mise en œuvre et l'implémentation de la traçabilité obligatoire des implants en vue de la protection de la sécurité et de la santé? Un arrêté royal est nécessaire dans ce cadre. Quel est l'état d'avancement de ce dossier?

Selon l'intervenante, les chapitres relatifs au tabac et à l'alcool sont trop succincts. L'intervenante ne trouve rien dans la note concernant le paquet de cigarettes neutre et elle se demande si la ministre a peut-être d'autres plans en l'occurrence. Il manque un plan global pour l'alcool, alors que la commission dans son ensemble est convaincue de l'importance d'un tel plan. La note est muette à propos de l'interdiction de la vente d'alcool le long des autoroutes, alors qu'il y est question des producteurs d'alcool, qui pourront apposer, sur base volontaire, une étiquette mentionnant l'âge auquel la boisson peut être vendue. Pourquoi l'étiquetage en matière d'information aux femmes enceintes et d'âge minimum n'est-il pas tout simplement obligatoire? Il s'agit pourtant d'une mesure évidente.

Mme Jiroflée ajoute que le directeur du KCE craint toujours que la nouvelle structure qui verra le jour à la suite du *redesign* de services ne mette en péril l'indépendance du KCE. La situation a-t-elle évolué entre-temps?

L'intervenante énumère enfin une série de points dont elle ne retrouve aucune trace dans la note de politique générale. Rien de concret n'est dit au sujet de l'accessibilité financière des soins de santé, malgré

voorbeeld daarvan is dat er in de nota niets staat over de wijkgezondheidscentra. Hoe staat het met de audit? Die ging toch afgerond zijn in november? Wanneer zullen er conclusies worden getrokken en wanneer gaan de nieuwe aanvragen worden gehonoreerd?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) vindt het goed dat de indexmassa integraal ter beschikking wordt gesteld van de overeenkomstencommissies en akkoordraden. Maar de spreker verneemt ook dat er een eerste voorstel voor de vroedvrouwen op tafel ligt, waarbij de keuze voor een telematicapremie zou gekoppeld zijn aan inleveren van een deel van de indexmassa. Het is weliswaar nog maar een voorstel, maar dit ligt moeilijk voor de vroedvrouwen. De huisartsen en verpleegkundigen hebben de premie allemaal gekregen zonder dat ze daarvoor indexmassa moesten afgeven. De sector van de vroedvrouwen moet absoluut worden geprofessionaliseerd, en daarom moet er geïnvesteerd worden in telematica. Dat is ook belangrijk voor het welslagen van het pilootproject “Bevallen met verkort ziekenhuisverblijf”. Het is volgens de spreker dan ook kortzichtig om die investering in telematica te koppelen aan de indexmassa.

De spreker vindt de tool voor interculturele bemiddeling zeer goed en vindt het positief dat het project in 2018 breder toegankelijk wordt gemaakt. Welke concrete maatregelen zullen er worden genomen en welk budget wordt er voorzien?

Zoals reeds werd aangehaald door de vorige spreker, keren de gezondheidsdoelstellingen elk jaar terug in de beleidsnota. De eigenlijke implementering gaat tergend traag en het einde van de legislatuur kondigt zich nu aan.

In hetzelfde hoofdstukje kondigt de minister de volgende gezondheidsenquête aan. De spreker moedigt de minister aan om in de gezondheidsenquête voldoende vragen te stellen over mantelzorg. In Vlaanderen bestaan daar interessante cijfers over, maar op federaal niveau niet. Het is niet duidelijk met hoeveel de mantelzorgers precies zijn en aangezien de minister bevoegd voor Werk ook een initiatief wil nemen rond pensioenrechten voor deeltijds werkende mantelzorgers, zou het interessant zijn om over deze cijfers te beschikken.

De spreker vraagt wat verduidelijking rond de operationalisering van het EBP-plan. De informatie over dit thema is in de beleidsnota 2018 vager en abstracter geworden dan ze oorspronkelijk was en de “cyclus met zes fasen” brengt ook niet veel verheldering.

ce qu’annonce l’alinéa 1^{er}. Par exemple, la note de politique n’évoque pas les maisons médicales. Où en est l’audit? Ne devait-il pas être finalisé en novembre? Quand en tirera-t-on des conclusions et quand les nouvelles demandes seront-elles honorées?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) se réjouit que la masse d’indexation soit intégralement mise à la disposition des commissions de conventions et des conseils d’accords. Mais l’intervenante apprend également que la première proposition que les sages-femmes ont reçue prévoyait qu’elles pourraient choisir une prime télématique qui serait déduite de la masse d’indexation. Certes, il ne s’agit encore que d’une proposition, mais celle-ci semble difficilement acceptable pour les sages-femmes. Les médecins et les infirmières ont tous reçu une prime sans devoir pour autant faire de concessions sur la masse d’indexation. Le secteur des sages-femmes doit absolument se professionnaliser, et c’est la raison pour laquelle il faut investir dans la télématique. Cet élément est aussi essentiel à la réussite du projet-pilote “accouchement avec séjour hospitalier écourté”. Pour la membre, cette liaison des investissements dans la télématique à la masse d’indexation témoigne donc d’un manque de lucidité politique.

L’intervenante est très satisfaite de l’outil de médiation interculturelle et elle se félicite que l’accès au projet soit élargi en 2018. Quelles mesures concrètes seront-elles prises et quel est le budget prévu?

Comme l’a déjà souligné l’intervenante précédente, les objectifs de santé reviennent d’année en année dans la note de politique générale. Leur mise en œuvre, en revanche, est d’une lenteur exaspérante, alors que la fin de la législature s’annonce déjà.

Dans le même chapitre, la ministre annonce la prochaine enquête de santé. Mme Dedry encourage la ministre à poser, dans cette enquête, un maximum de questions au sujet des soins de proximité. La Flandre dispose de chiffres intéressants à cet égard, mais pas le niveau fédéral. Le nombre des aidants proches n’est pas clairement connu et, comme le ministre de l’Emploi entend, lui aussi, prendre une initiative relative aux droits à la pension des aidants proches qui travaillent à temps partiel, il serait intéressant de disposer de ces chiffres.

L’intervenante demande des éclaircissements au sujet de l’opérationnalisation du plan EBP. Les informations relatives à cette thématique sont devenues plus vagues et plus abstraites dans la note de politique de 2018 qu’elles ne l’étaient à l’origine et le “cycle en six phases” n’est guère plus parlant.

In de beleidsnota 2017 kondigde de minister aan dat ze 28 miljoen zou besparen op medische beeldvorming, wat de spreekster toen toejuichte. In de beleidsnota 2018 is er dan weer sprake van een mogelijke uitbreiding van de programmatie van NMR-toestellen, weliswaar na een evaluatie. Hoe kan de minister die twee zaken met elkaar rijmen?

Zoals reeds werd vermeld in de beleidsnota van de voor Landbouw bevoegde minister, wordt het voor dierenartsen verplicht om antibiotica bestemd voor dieren in de centrale gegevensbank Sanitel-Med te registreren. De spreekster vindt dit zeer positief en vraagt zich af wat de minister sinds de invoering van de verplichting in februari 2017 reeds uit de praktijk heeft geleerd. Welke beleidsdoelstelling heeft de minister voor 2018 op basis van wat ze de afgelopen maanden reeds heeft geleerd?

Mevrouw Dedry is het helemaal eens met de paragraaf over palliatieve zorg. Ze vult aan dat ook de registratie van de palliatieve sedatie onderzocht zou moeten worden. Wat is de mening van de minister over die palliatieve sedatie en registratie? De heer Jean-Jacques De Gucht, partijgenoot van de minister, was het alvast eens met de spreekster. De spreekster heeft nog een kleine taalkundige opmerking bij deze paragraaf, namelijk dat het woord "vroegtijdig" zou moeten worden vervangen door "tijdig". "Vroegtijdig" betekent immers "te vroeg".

Op pagina 20 wordt het voorontwerp rond de kwaliteit van de zorgpraktijk en de inhoud van het patiëntendossier aangekondigd. Wanneer zal het wetsontwerp naar het parlement komen? Is dit genoeg? Moet er niet meer worden aangepast aan de wet op de patiëntenrechten? In het Regeerakkoord werd tegen 2019 een veralgemeend elektronisch patiëntendossier aangekondigd en een aanmoediging tot een referentiearts. Gaat de paragraaf over zorgpraktijk in de huidige beleidsnota dan volstaan om die doelstelling te bereiken?

Wat verder in het hoofdstuk over de zorgverstrekkers worden er enkele beleidsintenties gegeven rond het statuut van de ASO's. De spreekster meent dat hier ook de spanning tussen het werkgever zijn en opleider zijn moet worden opgenomen. Dat staat nu niet in de beleidsnota, maar het is wel een knelpunt voor artsen. In de beleidsnota 2017 zei de minister dat ze 5 pistes zou onderzoeken. Ze heeft daarvan nooit een stand van zaken gegeven.

Dans la note de politique de 2017, la ministre annonçait que 28 millions d'euros seraient économisés sur l'imagerie médicale, ce dont l'intervenante s'était alors réjouie. La note de 2018, quant à elle, fait état d'un élargissement éventuel de la programmation des appareils RMN, fût-ce après évaluation. Comment la ministre peut-elle concilier ces deux objectifs?

Comme cela a déjà été mentionné dans la note de politique du ministre qui a l'Agriculture dans ses attributions, les vétérinaires sont désormais obligés d'introduire obligatoirement dans la banque de données centrale Sanitel-Med tous les antibiotiques à usage animal qu'ils fournissent. Pour l'intervenante, c'est une mesure très positive et elle demande à la ministre quels enseignements elle a déjà pu tirer de cette pratique depuis l'instauration de l'obligation en février 2017. Quels objectifs politiques la ministre s'est-elle fixés pour 2018, sur la base de ce qu'elle a déjà appris ces derniers mois?

Mme Dedry est tout à fait d'accord avec le paragraphe relatif aux soins palliatifs. Elle ajoute que l'enregistrement de la sédation palliative devrait également être examiné. Que pense la ministre de cette sédation palliative et de son enregistrement? M. Jean-Jacques De Gucht, qui appartient au même parti que la ministre, partageait en tout cas l'avis de l'intervenante. La membre formule encore une série d'observations d'ordre linguistique au sujet de ce paragraphe, à savoir le remplacement du mot "*vroegtijdig*" par le mot "*tijdig*". "*Vroegtijdig*" signifie en effet "prématuré".

L'avant-projet de loi relatif à la qualité de la pratique des soins et au contenu du dossier du patient est annoncé en page 20. Quand le projet de loi sera-t-il déposé au Parlement? Est-ce suffisant? La loi relative aux droits du patient ne nécessite-t-elle pas davantage de modifications? L'accord de gouvernement annonce l'introduction d'un dossier patient électronique généralisé pour 2019 et une incitation à choisir un médecin généraliste de référence. Le paragraphe de la note de politique actuelle relatif à la pratique des soins suffira-t-il donc à atteindre cet objectif?

Un peu plus loin dans le chapitre relatif aux prestataires de soins, la note énumère une série d'intentions politiques concernant le statut des MCS. L'intervenante estime qu'ici aussi, il convient d'évoquer la tension entre le fait d'être à la fois employeur et formateur. La note de politique générale est muette à cet égard, alors que ce point est problématique pour les médecins. Dans la note de politique de 2017, la ministre affirmait qu'elle examinerait 5 pistes. Elle n'a jamais fait le point sur ces travaux.

Over het verpleegkundig zorgdomein is er al heel wat inkt gevloeid. De minister heeft er ook al heel wat verklaringen over afgelegd, onder andere over de *advanced nurse practitioner*. Wanneer kan er een timing worden gegeven voor de implementatie van deze rol? Deze rol was vorig jaar immers al onderzocht.

De spreekster heeft heel wat vragen bij de mogelijkheid voor vroedvrouwen om echografieën uit te voeren. Gaat dit enkel over vroedvrouwen die in ziekenhuizen zijn tewerkgesteld, waar er echotoestellen beschikbaar zijn? Dat zou wel steek houden. Zoals het in de beleidsnota vermeld staat, lijkt het om alle vroedvrouwen in het algemeen te gaan, dus ook vroedvrouwen die werken in de eerstelijnszorg (als zelfstandige of in loondienst). Als deze categorie vroedvrouwen 40 000 euro moet investeren in een echotoestel, zal dit toestel wel voor meer worden gebruikt dan voor de drie echografieën die worden terugbetaald en dreigt men overconsumptie in de hand te werken.

Het was voor de spreekster verrassend en intrigerend om in de beleidsnota de voorzichtige intentie terug te vinden om binnen de regering na te denken over een nieuw wettelijk kader over de niet-conventionele praktijken. Betekent dit dat er toch nog zal worden gewerkt rond de “legendarische” wet Colla en wat wordt er dan precies gedaan?

Op pagina 28 van de beleidsnota wordt gesproken over de verschillende pilootprojecten en hun evaluatie. Deze projecten zijn allemaal met een verschillende snelheid gestart en zullen dus niet op hetzelfde moment aflopen. Het is dus belangrijk om niet op de resultaten van de laatste projecten te wachten om al aan de slag te gaan met de resultaten van de eerste projecten en zo het precaire draagvlak dat er nu voor is te honoreren.

Wat het aanvullend label op verpakkingen van voeding betreft, blijft de intentie van de minister vaag. Wat is ze concreet van plan? Verder gaan de doelstellingen rond tabak en alcohol niet ver genoeg en gelooft de spreekster niet in zelfregulering. Een verbod op reclame voor minderjarigen is volgens haar een minimum waarover een akkoord zou moeten worden gevonden.

Afsluitend wenst mevrouw Dedry, net als de vorige spreekster, enkele punten op te noemen die zij in de beleidsnota mist. Vooreerst mist ze een beleidsstelling rond de wijkgezondheidscentra. Na alle onrust die er rond dit thema is geweest, zou het goed zijn om te weten te komen wat de intentie van de minister voor 2018 is. De audit is afgelopen en de sector wacht nu op de conclusies van de minister.

Le domaine des soins infirmiers a déjà fait couler beaucoup d'encre. La ministre a par ailleurs fait beaucoup de déclarations à ce sujet, notamment à propos de l'*advanced nurse practitioner*. Quand pourra-t-elle fournir un calendrier au sujet de la mise en œuvre de ce rôle, qui était déjà en chantier l'année dernière?

L'intervenante a beaucoup de questions à poser au sujet de la possibilité pour les sages-femmes de réaliser des échographies. Ne s'agit-il que des sages-femmes employées en milieu hospitalier, où des échographes sont disponibles? Ce serait logique. Tel que le mentionne la note de politique générale, il semble s'agir de toutes les sages-femmes en général, donc aussi celles qui travaillent dans les soins de première ligne (en tant qu'indépendantes ou salariées). Si cette catégorie de sages-femmes doit investir 40 000 euros dans un échographe, cet appareil devra être utilisé pour davantage que les trois échographies remboursées, ce qui risque de favoriser la surconsommation.

L'intervenante se dit très surprise et très intriguée de retrouver dans la note de politique générale l'intention prudente de réfléchir, au sein du gouvernement, à un nouveau cadre légal concernant les pratiques non conventionnelles. Cela signifie-t-il que l'on travaillera malgré tout sur la base de la “légendaire” loi Colla, et dans quel but précis?

À la page 28 de la note de politique générale, il est question des divers projets-pilotes et de leur évaluation. Ces projets ont tous été lancés à une cadence différente et ils ne se termineront par conséquent pas tous au même moment. Il importe dès lors de ne pas attendre les résultats des derniers projets pour analyser ceux des premiers et profiter ainsi de l'assise précaire actuellement présente.

En ce qui concerne le label supplémentaire sur les emballages alimentaires, les intentions de la ministre restent vagues. Qu'envisage-t-elle concrètement? Qui plus est, les objectifs en matière de tabac et d'alcool ne vont pas assez loin et l'intervenante ne croit pas à l'autorégulation. L'interdiction de la publicité pour les mineurs lui semble constituer un socle minimum au sujet duquel un accord doit être conclu.

Pour conclure, Mme Dedry souhaiterait évoquer, comme l'intervenante précédente, une série de points absents de la note de politique générale. Elle déplore en premier lieu l'absence d'engagement politique concernant les maisons médicales. Après toutes les inquiétudes suscitées au sujet de cette thématique, il serait bon de connaître les intentions de la ministre pour 2018. L'audit est terminé et le secteur attend désormais les conclusions de la ministre.

In de beleidsnota 2017 stond een interessante passage over de relatie tussen milieu en gezondheid. De spreker vindt het jammer dat dit thema, dat onder andere fijn stof, hormoonverstoorders en glyfosaat omvat, nu ontbreekt.

Wat de spreker het meest mist in de beleidsnota, is alles wat te maken heeft met de vereenvoudiging en de herijking van de nomenclatuur. Dat was nochtans een zeer sterk punt in het Regeerakkoord en in de eerste beleidsnota van de minister. Dat het nu ontbreekt in de beleidsnota, verontrust de spreker.

Ook het thema van de taskforce doelmatige zorg, gelinkt aan de overconsumptie, is in de huidige beleidsnota veel minder prominent aanwezig dan in de beleidsnota 2017.

Ten slotte denkt de spreker ook dat er weinig maatregelen worden voorgesteld die tot doel hebben de gezondheidskloof te verkleinen. Er kan nog zo veel meer worden gedaan.

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) wenst enkele grote werven te bespreken, om vervolgens enkele precieze onderwerpen te overlopen. In het algemeen merkt ze een grote tegenstelling op tussen wat de minister sinds het begin van de legislatuur heeft aangekondigd en wat er werkelijk is uitgevoerd. Omtrent bepaalde dossiers is de minister in de loop van de zittingsperiode herhaaldelijk van mening veranderd. Dat was bijvoorbeeld het geval in het dossier van de ziekenhuisnetwerken, waarin de minister steeds verschillende dingen aankondigde en dan weer terugkrabbelde, wat voor ongerustheid op het terrein heeft gezorgd.

De spreker wenst te beginnen met de opmerkingen die te maken hebben met de patiënten, en in dit kader wenst ze te spreken over de toegankelijkheid tot de zorg, de kwaliteit van de zorg en de veiligheid.

Wat de toegankelijkheid en de kost betreft, merkt de spreker op dat van de besparingen die reeds sinds het begin van de legislatuur zijn gedaan, 25 % ten laste van de patiënt waren. De uitdagingen die de Belgische gezondheidszorg staan te wachten, zijn nochtans enorm. Er zullen innovaties komen waar enorme budgetten voor nodig zijn, zoals gentherapieën en kankervaccins, om er slechts twee te noemen. Nergens bespreekt de minister echter hoe zij zich voorbereidt op die enorme uitdagingen. België heeft op het vlak van toegang tot innovatie nu al een achterstand ten opzichte van de buurlanden, maar in de toekomst zal die achterstand enkel groter worden. Op het moment dat de grote

La note de politique générale de 2017 comportait un passage intéressant sur la relation entre l'environnement et la santé. L'intervenante déplore l'absence de ce thème, qui englobe notamment les particules fines, les perturbateurs endocriniens et le glyphosate.

Mais ce qui, aux yeux de la membre, fait le plus cruellement défaut dans la note, c'est tout ce qui concerne la simplification et la réévaluation de la nomenclature. Il s'agissait pourtant d'un point capital de l'accord de gouvernement et de la première note de politique de la ministre. Pour l'intervenante, son absence de la note à l'examen est préoccupante.

Le thème de la task force "soins efficaces", lié à la surconsommation, est beaucoup moins mis en avant dans la note de politique générale à l'examen que dans celle de 2017.

Enfin, l'intervenante considère également que trop peu de mesures sont proposées en vue de réduire les inégalités en matière de soins de santé. Il reste tant à faire dans ce domaine.

M. Catherine Fonck (cdH) souhaite évoquer quelques grands chantiers, avant de passer en revue une série de sujets précis. D'une manière générale, elle note une nette contradiction entre ce que la ministre a annoncé depuis le début de la législature et les réalisations effectives. Pour certains dossiers, la ministre a changé d'avis à de nombreuses reprises sur la législature. Cela a par exemple été le cas pour le dossier des réseaux hospitaliers, dans lequel la ministre n'a cessé de faire des annonces diverses pour ensuite faire marche arrière, en suscitant l'inquiétude sur le terrain.

L'intervenante souhaite commencer par les remarques liées aux patients et évoquer, à cet égard, l'accessibilité et la qualité des soins, ainsi que la sécurité.

En ce qui concerne l'accessibilité et le coût, l'intervenante considère que, sur les économies qui ont déjà été réalisées depuis le début de la législature, 25 % étaient à charge des patients. Les défis qui attendent les soins de santé en Belgique sont toutefois énormes. Les innovations futures, comme les thérapies géniques et les vaccins contre le cancer, pour ne citer que ces deux exemples, vont nécessiter des budgets gigantesques. La ministre n'explique cependant nulle part comment elle se prépare à ces défis d'envergure. En matière d'accès à l'innovation, la Belgique accuse déjà un retard par rapport à ses voisins mais, à l'avenir, ce retard ne cessera de s'aggraver. Au moment où de grandes

omwentelingen voor de deur zullen staan, zal het te laat zijn. Het is hoog tijd om zich voor te bereiden.

Wat de kwaliteit betreft, zijn er twee dossiers die moeten worden besproken. Eén daarvan is *Pay for Quality*. Wat is de stand van zaken met betrekking tot dit programma? Er moet een serie indicatoren worden vastgelegd. Is hierover reeds overleg gepleegd met de FRZV?

Het tweede dossier betreft de accreditatie van de ziekenhuizen. Kan de minister een stand van zaken geven over de accreditaties die reeds zijn gedaan en de accreditaties waar men bezig is? Er zijn veel verschillende accreditatiesystemen. Gaat de minister de ziekenhuizen laten kiezen met welk systeem ze gaan werken?

Wat de veiligheid voor de patiënt betreft is er één dossier dat alle aandacht moet krijgen, namelijk de verkoop van patiëntengegevens. Recent antwoordde de minister op een mondelinge vraag dat ziekenhuizen geen patiëntengegevens verkochten. Volgens de spreekster klopt dit niet: er zijn wel degelijk ziekenhuizen die gegevens hebben verkocht. En het gaat niet enkel om ziekenhuizen, het is ook gebeurd met huisartsen en apothekers. Waarom beweerde de minister van niet? Wou ze er niet over praten of was ze er niet van op de hoogte? Het is immers bekend dat het Amerikaanse bedrijf QuintilesIMS met zulke praktijken bezig is. De spreekster komt tot de conclusie dat de Belgische wetgeving ontoereikend is. Ze is niet nauwkeurig genoeg over het verbod op het verkoop van patiëntengegevens en beschermt de patiënt dus onvoldoende. Is er bovendien contact tussen het RIZIV en QuintilesIMS? Gebruikt het RIZIV of de FOD Volksgezondheid gegevens van het bedrijf?

De spreekster wenst ook zeer duidelijk te weten hoe het zit met ziekenhuizen die gegevens verkopen aan (private) verzekeringsmaatschappijen. Wat gebeurt er reeds en wat is toegestaan en wat niet? Buiten de ontoereikende wetgeving, worden patiëntengegevens in België niet geanonimiseerd, maar gepseudonimiseerd, wat niet hetzelfde is. Mevrouw Fonck stelt vast dat het zeer gemakkelijk is om op het internet zorgtrajecten van diabetespatiënten terug te vinden met vermelding van hun geboortedata en initialen. Het is niet moeilijk om op basis van die gegevens de identiteit van de patiënt af te leiden.

Na de patiënten gaat de spreekster in op het thema omtrent het zorgpersoneel. Er wordt slechts een korte paragraaf gewijd aan de verpleegkundigen, terwijl het wel een volledig hoofdstuk had mogen zijn. Mevrouw

révolutions seront à portée de main, il sera trop tard. Il est urgent de s'y préparer.

Pour ce qui est de la qualité, deux dossiers doivent être examinés. L'un d'eux est le programme *Pay for Quality*. Quel est son état d'avancement? Une série d'indicateurs doivent être définis. Cette matière a-t-elle déjà fait l'objet d'une concertation avec le CFEH?

Le second dossier concerne l'accréditation des hôpitaux. La ministre peut-elle indiquer quelles accréditations ont déjà eu lieu et quelles accréditations sont en cours? Il y a beaucoup de systèmes d'accréditation différents. La ministre va-t-elle laisser les hôpitaux choisir le système avec lequel ils souhaitent travailler?

En ce qui concerne la sécurité du patient, un dossier en particulier mérite toute notre attention, à savoir la vente de données relatives à des patients. La ministre a récemment répondu à une question orale que les hôpitaux ne vendaient pas ce type de données. Selon l'intervenante, ce n'est pas exact: il y a bel et bien des hôpitaux qui ont vendu des données. Et il ne s'agit pas seulement d'hôpitaux, mais aussi de médecins généralistes et de pharmaciens. Pourquoi la ministre a-t-elle prétendu que ce n'était pas le cas? Ne voulait-elle pas en parler, ou bien n'était-elle pas au courant? Il est en effet notoire que la firme américaine QuintilesIMS utilise ce genre de pratiques. L'intervenante parvient à la conclusion que la législation belge est insuffisante. Elle n'est pas assez précise en ce qui concerne l'interdiction de vendre des données relatives à des patients et ne protège donc pas suffisamment le patient. Y a-t-il en outre des contacts entre l'INAMI et QuintilesIMS? L'INAMI ou le SPF Santé publique utilisent-ils des données fournies par l'entreprise?

L'intervenante souhaiterait aussi savoir très clairement ce qu'il en est des hôpitaux qui vendent des données à des compagnies d'assurances (privées). Dans quelle mesure est-ce déjà le cas, qu'est-ce qui est autorisé et qu'est-ce qui ne l'est pas? Outre l'insuffisance de la législation, on peut déplorer qu'en Belgique, les données relatives aux patients ne sont pas anonymisées mais bien pseudonymisées, ce qui n'est pas la même chose. Mme Fonck constate qu'il est très facile de retrouver sur internet des trajets de soins de patients souffrant du diabète en mentionnant leur date de naissance et leurs initiales. Il n'est pas difficile de déduire l'identité du patient sur la base de ces données.

Après les patients, l'intervenante se penche sur le personnel soignant. Les infirmiers n'ont droit qu'à un court paragraphe, alors qu'un chapitre entier aurait dû leur être consacré. Mme Fonck entend de plus en

Fonck krijgt steeds meer berichten waaruit blijkt dat de wanhoop op het terrein groot is. Sommige verpleegkundigen zien geen uitweg meer; voor sommigen onder hen zijn de moeilijkheden in verband met de verplichting om bij huisbezoeken de identiteitskaart van de patiënt in te lezen, de spreekwoordelijke druppel. De minister heeft gezegd dat er een overgangsperiode zou komen. Maar beseft zij dat sommige thuisverpleegkundigen al bijna 2 maanden niet meer zijn uitbetaald? Van de minister moesten thuisverpleegkundigen die niet werden uitbetaald zich dan maar wenden tot de mutualiteiten. Daar krijgen ze echter geen gehoor. Voor jonge verpleegkundigen die aan het begin van hun carrière staan, die leningen moeten afbetalen, die jonge kinderen hebben, gaat het om grote bedragen die zij absoluut niet kunnen missen. De minister moet dus zeer snel een engagement aangaan en zeggen hoe ze deze situatie zal oplossen. Als er een overgangsperiode komt, moet dat duidelijk worden aangekondigd en moet die periode onmiddellijk ingaan. Als de mutualiteiten het moeten oplossen, moeten zij heel duidelijke richtlijnen krijgen.

Nog binnen het luik van de verplegers wil de spreker duidelijk weten of men nu in de richting van een “3+1-format” zal gaan: een algemeen verpleegkundige, een gespecialiseerd verpleegkundige, een *advanced nurse practitioner* en een zorgkundige. De minister kondigt aan dat ze de rol van de gespecialiseerde verpleegkundige zoals die nu is gaat herzien en hen gaat opdelen in chronische zorgverstrekking, acute zorgverstrekking, pediatrische zorg, enzovoort. Binnen die sectoren zou er dan mobiliteit mogelijk zijn. Maar een verpleegkundige in acute zorgverstrekking op intensieve zorgen doet niet hetzelfde als eentje op de afdeling oncologie of de afdeling hematologie. Een verpleegkundige op de neonatologie heeft volledig andere taken dan een verpleegkundige in de oncopediatrie. Hoe kan er mobiliteit zijn tussen die verschillende afdelingen? Dit zijn beroepen die zeer technisch zijn en een zeer specifieke opleiding vereisen. Er is in de sector veel onbegrip voor dit voorstel. De specialiteiten binnen de verpleegkunde zijn immers zeer verschillend van elkaar.

De minister heeft in de sector veel gesproken over het “margrietmodel”, oftewel de hervorming van koninklijk besluit 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Voor de verpleegkundigen zou er een delegatie van handelingen zijn aan de paramedische beroepen, waaronder de podologen. De spreker vreest dat als de minister op deze wijze verder gaat, ze de lijst met handelingen van de verpleegkundigen helemaal gaat leeghalen. Kan de minister verduidelijken wat haar bedoeling is?

plus souvent que le désespoir est grand sur le terrain. Certains infirmiers ne savent plus comment s'en sortir, et les problèmes liés à l'obligation de lecture de la carte d'identité des patients lors des visites à domicile sont, pour certains, la goutte d'eau qui fait déborder le vase. La ministre a déclaré qu'il y aurait une période de transition. Mais se rend-elle compte que certains infirmiers à domicile n'ont plus été payés depuis près de deux mois? La ministre a déclaré que les infirmiers à domicile qui n'étaient pas payés devaient s'adresser aux mutuelles. Ces dernières ne donnent cependant pas suite à leur demande. Pour les jeunes infirmiers qui sont au début de leur carrière, qui doivent rembourser des prêts, qui ont des enfants en bas âge, il s'agit de montants élevés dont ils ne peuvent absolument pas se passer. La ministre doit donc très rapidement prendre un engagement et indiquer comment elle compte résoudre cette situation. S'il y a une période de transition, cela doit être clairement annoncé et cette période doit commencer immédiatement. Si ce sont les mutuelles qui doivent résoudre le problème, elles doivent recevoir des instructions très claires.

Toujours en ce qui concerne le volet consacré aux infirmiers, l'intervenante souhaiterait savoir clairement si l'on s'oriente maintenant dans la direction d'un “format 3+1”: un infirmier général, un infirmier spécialisé, un *advanced nurse practitioner* et un aide-soignant. La ministre annonce qu'il y aura une révision du rôle de l'infirmier spécialisé tel qu'il existe actuellement et une subdivision en soins chroniques, soins aigus, soins pédiatriques, etc. Il y aurait alors une mobilité possible dans ces secteurs. Mais un infirmier qui s'occupe de soins aigus aux soins intensifs ne fait pas la même chose qu'un infirmier de la section oncologie ou hématologie. Un infirmier en néonatalogie a des tâches tout à fait différentes d'un infirmier en oncopédiatrie. Comment peut-il y avoir une mobilité entre ces différentes sections? Il s'agit de professions très techniques qui exigent une formation très spécifique. Cette proposition se heurte à une grande incompréhension au sein du secteur. Les spécialités du métier d'infirmier sont en effet très différentes l'une de l'autre.

Dans le secteur, la ministre a beaucoup parlé du “modèle en marguerite”, autrement dit, de la réforme de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour les infirmiers, il y aurait une délégation d'actes aux professions paramédicales, notamment les podologues. L'intervenante craint que, si la ministre continue sur cette voie, elle vide complètement la liste des actes réservés aux infirmiers. La ministre peut-elle expliquer ses intentions?

Over de tandem met de huisarts spreekt de minister niet in de beleidsnota, maar het is een model waar de spreekster in gelooft. Om deze tandem mogelijk te maken is ook een delegatie van handelingen nodig en moet er vooruitgang worden gemaakt met betrekking tot koninklijk besluit 78. Zal dat deze legislatuur nog gebeuren?

De tweede groep binnen het zorgpersoneel zijn de artsen. In het dossier van de wachtposten zijn er behoorlijk wat strubbelingen geweest. Tijdens de zomervakantie hebben er vergaderingen plaatsgevonden over het onderwerp. Hebben die tot resultaten geleid? Is er gewerkt rond de veiligheid van artsen die op huisbezoek gaan en de nachtelijke huisbezoeken? Wat is op dit moment de stand van zaken?

Het dossier van de herijking van de nomenclatuur heeft rechtstreeks betrekking op de artsen. Is dit dossier reeds tijdens de huidige legislatuur geopend? Wat is er reeds uitgevoerd en wat zal er nog worden gedaan?

In de zomer van 2018 zal een dubbele cohorte studenten geneeskunde afstuderen. Er werd een planning opgesteld met de ontbrekende stageplaatsen. Is er ondertussen nog vooruitgang geboekt? Hoeveel stageplaatsen ontbreken er nog om aan iedereen een kwalitatieve stageplaats te garanderen? Mevrouw Fonck is niet te spreken over het ministerieel besluit dat de minister heeft genomen over de deeltijdse specialisatie. Men zou de specialisatie zelfs halftijds kunnen volgen. Maar wie zal er 12 jaar over zijn specialisatie willen doen? De spreekster heeft nog nooit iemand ontmoet die dat zou willen. Buiten enkele gevallen waarin de gediplomeerde de specialisatie eventueel met maximum een jaar zou willen verlengen, omwille van een zwangerschap, is dit een erg onrealistische maatregel. Het is onaanvaardbaar dat de minister dit voorstelt als maatregel om voldoende kwaliteitsvolle stageplaatsen te garanderen. Er blijven nog maar enkele maanden over tot de zomer van 2018. Kan de minister garanderen dat er in het systeem met de vouchers niet met verschillende snelheden zal worden gewerkt en dat de bedragen niet zullen variëren naargelang de specialisatie of naargelang het ziekenhuis?

Het verplicht gebruik van het elektronisch voorschrift wordt uitgesteld naar mei 2018 omdat de PARIS applicatie nog niet klaar is en omdat het gebruik verbonden moest worden aan een e-health-certificatie. De minister had nochtans beloofd dat er geen link zou komen met de e-health-certificatie. Kan ze beloven dat de voorschrijvers die de PARIS applicatie gebruiken geen e-health-certificatie nodig gaan hebben en dat ze via de applicatie toegang zullen hebben tot het e-health- platform?

Dans sa note de politique générale, la ministre ne parle pas du tandem avec le médecin généraliste, mais c'est un modèle auquel l'intervenante croit. Pour que ce tandem soit possible, il faut aussi prévoir une délégation d'actes et il faut réaliser des avancées en ce qui concerne l'arrêté royal n° 78. Cela aura-t-il encore lieu au cours de l'actuelle législature?

Le second groupe au sein du personnel soignant est constitué par les médecins. Le dossier des postes de garde a donné lieu à pas mal de tensions. Des réunions ont été organisées sur le sujet au cours des vacances d'été. Ont-elles donné lieu à des résultats? A-t-on abordé la sécurité des médecins qui font des visites à domicile, ainsi que les visites nocturnes? Où en est la situation?

Le dossier de la réévaluation de la nomenclature est directement lié aux médecins. Ce dossier a-t-il déjà été ouvert au cours de l'actuelle législature? Qu'est-ce qui a déjà été fait et qu'est-ce qui sera fait à l'avenir?

À l'été 2018, une double cohorte d'étudiants en médecine termineront leurs études. On a établi un planning indiquant les places de stage manquantes. Des avancées ont-elles été réalisées dans l'intervalle? De combien de places de stage manque-t-on encore pour que chacun puisse avoir la garantie d'obtenir une place de qualité? Mme Fonck n'est absolument pas satisfaite de l'arrêté ministériel pris par la ministre concernant la spécialisation à temps partiel. La spécialisation pourrait même être suivie à mi-temps. Mais qui veut consacrer 12 ans à l'étude de sa spécialisation? L'intervenante n'a encore rencontré personne qui le souhaite. Hormis pour quelques cas où la personne diplômée souhaiterait éventuellement prolonger sa spécialisation d'un an maximum, en raison d'une grossesse, cette mesure est vraiment irréaliste. Il est inacceptable que la ministre propose cela comme mesure pour garantir suffisamment de places de stage de qualité. Il ne reste que quelques mois avant l'été 2018. La ministre peut-elle garantir qu'en ce qui concerne les vouchers, on n'appliquera pas un système à plusieurs vitesses, et que les montants ne varieront pas en fonction de la spécialisation ou de l'hôpital?

L'utilisation obligatoire de la prescription électronique est reportée à mai 2018 parce que l'application PARIS n'est pas encore prête et parce que l'utilisation devait être liée à une certification e-health. La ministre avait pourtant promis qu'il n'y aurait pas de lien avec la certification e-health. Peut-elle promettre que les prescripteurs qui utilisent l'application PARIS n'auront pas besoin de certification e-health et qu'ils auront accès à la plateforme e-health par le biais de l'application?

De spreekster heeft er steeds voor gepleit om voor de oudere artsen het papieren voorschrift te behouden. Kan de minister verduidelijken of deze belofte aan de oudere artsen wordt gehouden?

Ten slotte had de spreekster begrepen dat het elektronisch voorschrift verplicht zou worden voor geneesmiddelen. Welke regel geldt voor zaken die geen geneesmiddelen zijn, maar wel in de apotheek worden verkocht, zoals medische hulpmiddelen? Kan men hiervoor nog wel een papieren voorschrift gebruiken?

In de paragraaf over de *taskforce* kinesitherapie zegt de minister dat de haalbaarheid van de toekomstvisie zal worden afgetoetst binnen een "*proof of concept*". Wat bedoelt de minister daarmee?

De laatste groep zorgverstrekkers zijn de psychologen. De minister heeft aangekondigd dat er 22,5 miljoen wordt vrijgemaakt voor de terugbetaling van de klinisch psychologen. Die middelen zullen naar de artikel 107-netwerken gaan. Wat gebeurt er dan met patiënten die naar de psycholoog gaan? Moeten die patiënten deel uitmaken van de patiënten die in het kader van artikel 107 worden opgevolgd? In dat geval gaat het toch niet om een echte terugbetaling van consultaties bij de klinische psycholoog? Indien het toch ruimer wordt gezien, hoe gaan die terugbetalingen dan gebeuren?

De spreekster heeft zelf enkele berekeningen gemaakt en komt tot de vaststelling dat men met de uitgetrokken middelen helemaal niet veel patiënten zal kunnen helpen. Wat houdt dat bedrag van 22,5 miljoen dus precies in? Hoe hoog zijn de bedragen die zullen worden terugbetaald? Hoeveel patiënten zullen worden geholpen en vooral voor hoeveel tijd?

Een volgende grote werf is de hervorming van de ziekenhuisnetwerken. Die hervorming wordt reeds drie jaar aangekondigd en door het steeds weer uit te stellen heeft de minister een klimaat van wantrouwen gecreëerd. Nog steeds is er voor de mensen op het terrein geen duidelijk kader met regels.

Voor de spreekster zijn er in het dossier van de ziekenhuisnetwerken 3 sleutels tot succes. Ten eerste moet er vertrouwen zijn. Dat heeft de minister al zeker niet gecreëerd. Voor dat vertrouwen is er vrijheid van vereniging nodig. Zal de minister dat garanderen? Ten tweede moet er een stabiel budgettair kader worden gecreëerd, met duidelijke en stabiele regels. Wanneer zal dat gebeuren? Welk meerjarig budgettair kader stelt de minister voor? De derde sleutel is overleg. Een onderdeel van de hervorming is de evolutie van het aantal bedden. Als het aantal bedden naar beneden

L'intervenante a toujours plaidé pour que l'on conserve la prescription papier pour les médecins âgés. La ministre peut-elle indiquer si cette promesse envers les médecins âgés sera tenue?

Enfin, l'intervenante avait compris que la prescription électronique serait obligatoire pour les médicaments. Quelle est la règle qui s'applique pour tout ce qui n'est pas un médicament, mais qui est vendu en pharmacie, comme les dispositifs médicaux? Peut-on encore utiliser une prescription papier pour cela?

Dans le paragraphe consacré à la *taskforce* Kinésithérapie, la ministre déclare que la faisabilité de cette vision d'avenir sera contrôlée dans le cadre d'un "*proof of concept*". Qu'est-ce que la ministre entend par là?

Le dernier groupe de prestataires de soins est constitué par les psychologues. La ministre a annoncé que 22,5 millions seraient affectés au remboursement des psychologues cliniciens. Ces moyens iront aux réseaux article 107. Qu'en est-il des patients qui consultent un psychologue? Devront-ils faire partie des patients suivis dans le cadre de l'article 107? Dans ce cas, il ne s'agit tout de même pas d'un véritable remboursement des consultations auprès du psychologue clinicien? Si les choses sont tout de même considérées de manière plus large, comment ces remboursements auront-ils lieu?

L'intervenante a réalisé elle-même quelques calculs et parvient à la constatation qu'avec les moyens affectés, on ne pourra aider que très peu de patients. Qu'implique donc précisément ce montant de 22,5 millions? À combien s'élèvent les montants qui seront remboursés? Combien de patients seront aidés et surtout, pendant combien de temps?

Un autre grand chantier est la réforme des réseaux hospitaliers. Cette réforme est annoncée depuis trois ans déjà, et en la reportant sans cesse, la ministre a créé un climat de méfiance. Il n'y a toujours pas de cadre clair ni de règles pour les personnes travaillant sur le terrain.

Selon l'intervenante, il y a trois clés permettant d'obtenir de bons résultats dans le dossier des réseaux hospitaliers. Premièrement, il faut qu'il y ait de la confiance. La ministre n'a certainement rien fait pour la favoriser. Cette confiance nécessite une liberté d'association. La ministre la garantira-t-elle? Deuxièmement, il faut créer un cadre budgétaire stable, avec des règles claires et stables. Quand cela aura-t-il lieu? Quel cadre budgétaire pluriannuel la ministre propose-t-elle? La troisième clé est la concertation. Une partie de la réforme concerne l'évolution du nombre de lits. Si le nombre de lits

moet, zal er moeten worden gewerkt aan oplossingen voor en na de ziekenhuisopname. Er zullen intermediaire structuren moeten opgezet worden. Daarvoor is er overleg nodig met de gemeenschappen en gewesten en moeten er akkoorden worden gesloten. Hoe staat het met dat overleg?

Nog steeds in het hoofdstuk over de ziekenhuisnetwerken, in het kader van de *governance*, is de spreekster van mening dat de aanwezigheid van artsen in de Raad van Bestuur een grote meerwaarde betekent. Zij bieden een complementariteit tussen de bedrijfsvoering en het operationele niveau. Het zou een grote stap vooruit zijn om de artsen te betrekken bij de verplichte structuur van de Raad van Bestuur.

De laatste grote werf is de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen. De beleidsnota omvat een paragraaf over de laagvariabele zorg, maar hoe staat het met de andere twee clusters? Er bestaat immers een samenhang tussen de drie clusters. De spreekster heeft enkele opmerkingen over de ziekenhuisfinanciering.

De minister had meer transparantie en vereenvoudiging aangekondigd. De aankondigde maatregelen zijn echter net complexer en ondoorzichtiger. Daarnaast moet men opletten voor kwalijke neveneffecten die de maatregelen zouden kunnen hebben, zoals het risico op deconventionering en dat men te strikt is over wat er wel of niet onder het forfait zal vallen. Indien voor een bejaarde patiënt een forfait van toepassing is en er om een andere reden een bijkomend consult nodig is, dan moet die patiënt het ziekenhuis verlaten en achteraf terugkeren. Een ander risico is dat patiënten met de meest complexe aandoeningen worden doorgestuurd, om aldus te voorkomen dat het forfait wordt overschreden. Indien met een te strikt forfait wordt gewerkt, dreigt de kwaliteit van de zorg daar onder te lijden.

Nog steeds in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering wenst de spreekster te vernemen hoe het binnen de hervorming zit met de financiering van intellectuele handelingen. De hervorming van de nomenclatuur had volgens haar tegelijk met de hervorming van de ziekenhuizen en hun financiering moeten gebeuren.

In de beleidsnota staat dat de nieuwe facturatie van de verblijven van start gaan in september 2018. Hoe wordt dat op budgettair vlak vertaald? Dat zou normaal in de beleidsnota moeten worden uitgelegd, maar de spreekster vindt het niet terug.

doit diminuer, il faudra trouver des solutions pour les périodes précédant et suivant l'hospitalisation. Il faudra mettre sur pied des structures intermédiaires. Pour cela, une concertation avec les communautés et les régions est nécessaire, et il faudra conclure des accords. Où en est cette concertation?

Toujours dans le chapitre consacré aux réseaux hospitaliers, dans le cadre de la gouvernance, l'intervenante estime que la présence de médecins au sein du Conseil d'administration représente une plus-value importante. Ils offrent une complémentarité entre la gestion des affaires et le niveau opérationnel. Si on intégrait les médecins dans la structure obligatoire du Conseil d'administration, cela représenterait une grande avancée.

Le dernier grand chantier est la réforme du financement des hôpitaux. La note de politique générale comprend un paragraphe consacré aux soins à faible variation, mais qu'en est-il des deux autres clusters? Il y a en effet un lien entre les trois clusters. L'intervenante formule quelques observations concernant le financement des hôpitaux.

La ministre avait annoncé plus de transparence et de simplification. Les mesures présentées sont au contraire plus opaques et plus complexes. En outre, il convient d'être attentif aux effets pervers que ces mesures pourraient avoir, comme le risque que certains médecins se déconventionnent et que l'on soit trop strict sur ce qui sera inclus ou non dans le forfait. Si un forfait s'applique pour un patient âgé et que l'on veut faire une consultation supplémentaire sur un autre sujet, alors il faudra que le patient sorte de l'hôpital pour y retourner ultérieurement. Il y a aussi le risque que les cas les plus compliqués soient transférés pour éviter de dépasser la hauteur du forfait. Il y a un risque qualitatif par rapport à un forfait trop strict.

Toujours dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux, l'intervenante aimerait savoir ce qu'il en est du financement des actes intellectuels. Elle estime que la réforme de la nomenclature aurait dû aller de pair avec la réforme des hôpitaux et de leur financement.

Dans la note de politique générale, il est indiqué que la nouvelle facturation des séjours prendra effet en septembre 2018. Comment cette mesure se traduira-t-elle d'un point de vue budgétaire? Normalement, la réponse à cette question devrait se trouver dans la note de politique générale, mais l'intervenante ne l'y trouve pas.

Vervolgens wenst de spreekster een reeks gerichte vragen te stellen.

Experts zijn het erover eens dat hepatitis C uitgeroeid zou kunnen worden in België, op voorwaarde dat alle patiënten die drager zijn verzorgd worden en hun nieuwe therapieën worden terugbetaald. Is er voor die terugbetaling iets voorzien in de begroting 2018?

Wordt er in 2018 iets gedaan aan het sociaal statuut van de ASO's?

In verband met de beeldvorming, wenst de spreekster dat er intelligenter wordt gewerkt met NMR-toestellen en scanners. Er wordt veel te veel met scanners gewerkt, terwijl de diagnostische kwaliteit ervan lager is en men moet oppassen met de toxische effecten van de scanners, zeker bij kinderen en jonge vrouwen. Uiteindelijk moet men vaak toch nog het NMR-toestel gebruiken, waardoor men dus twee onderzoeken doet, terwijl één goed onderzoek had kunnen volstaan. Er is reeds een evaluatie uitgevoerd door het Belgisch NMR-platform. Wat zijn de resultaten en kan er voor het einde van de legislatuur vooruitgang worden gemaakt, zowel op het vlak van de programmatie als van de wachttijden?

De spreekster geeft toe dat het elektronisch voorschrift voordelen kan bieden. Maar zou het niet goed zijn om, na een voorschrift door een arts, een validatie te hebben en daarna een beslissing door de radioloog? Wat er nu in de praktijk gebeurt, is dat er veel te veel voorschriften worden voorgeschreven die niet de beste indicatie zijn.

Wat de wijkgezondheidscentra betreft, had de minister aangekondigd dat de audit tegen eind 2017 afgerond zou zijn. Nu kondigt de minister aan om besparingen uit te voeren bij de wijkgezondheidscentra, terwijl ze de resultaten van de audit nog niet heeft. Welke bedoeling zit er precies achter die besparingen? Waarom neemt ze die beslissing zonder de resultaten van de audit af te wachten?

In de beleidsnota spreekt de minister over de pre-hospitaal zorgberoepen. Kan ze verduidelijken wat ze daarmee bedoelt? Wat is het doel van het aangekondigde overleg?

Wat betreft de terugbetaling van de kosten van levende orgaandonoren werd er op 2 juli 2015 een wetsontwerp gestemd en werd er een koninklijk besluit aangekondigd voor de lente van 2017. Hoe staat het nu

L'intervenante pose ensuite une série de questions ciblées.

Les experts s'accordent à estimer que l'hépatite C pourrait être éradiquée en Belgique à condition que tous les patients qui en sont porteurs soient traités et que leurs nouveaux traitements soient remboursés. Une mesure visant à les rembourser est-elle prévue dans le budget 2018?

Des mesures seront-elles prises en 2018 pour améliorer le statut social des médecins spécialistes en formation (MSF)?

Concernant l'imagerie médicale, l'intervenante souhaiterait que les appareils IRM et les scanners soient utilisés de manière plus judicieuse. L'utilisation des scanners est beaucoup trop fréquente, alors que leur qualité diagnostique est moindre et qu'il convient d'être attentif aux effets toxiques du scanner, surtout chez les enfants et les jeunes femmes. En fin de compte, il faut souvent également soumettre les patients à une IRM et par conséquent procéder à deux examens différents, alors qu'un seul bon examen aurait pu suffire. La plateforme IRM belge a déjà organisé une évaluation à ce sujet. Quels en sont les résultats et des progrès peuvent-ils être réalisés avant la fin de cette législature, aussi bien concernant la programmation que les temps d'attente?

L'intervenante admet que la prescription électronique peut offrir des avantages. Mais ne serait-il pas une bonne chose d'obtenir, après la prescription du médecin, une validation suivie d'une décision du radiologue? Ce qui se passe maintenant dans la pratique, c'est qu'un trop grand nombre de prescriptions ne constituent pas la meilleure indication.

En ce qui concerne les maisons médicales, la ministre avait annoncé que l'audit serait terminé d'ici la fin 2017. La ministre annonce maintenant qu'il convient de réaliser des économies dans les maisons médicales, alors même qu'elle ne dispose pas encore des résultats de l'audit. Quel est le but précis de ces économies? Pourquoi prend-elle une telle décision sans attendre les résultats de l'audit?

Dans la note de politique générale, la ministre évoque les professions de soins pré-hospitaliers. Peut-elle expliquer ce qu'elle entend par là? Quel est l'objectif de la concertation annoncée?

Concernant le remboursement des frais exposés par les donneurs vivants d'organes, un projet de loi a été voté le 2 juillet 2015 et un arrêté royal avait été annoncé pour le printemps 2017. Qu'en est-il de cet arrêté royal?

met dat koninklijk besluit? Is dat kb reeds genomen? De concrete resultaten laten immers lang op zich wachten.

Op het vlak van tabak en alcohol is de minister extreem minimalistisch. Nochtans had "tabak en alcohol" volgens de spreekster een grote werf moeten zijn in de beleidsnota. België is van de 13^{de} plaats naar de 17^{de} plaats teruggefallen in het klassement van landen die het efficiëntst strijden tegen tabak. De minister heeft zeer weinig gedaan en de parlementsleden hebben voor elke kleine maatregel, zoals het neutrale pakje, dat er nog steeds niet komt, moeten vechten. Er verschijnen ook steeds meer studies over het gevaar van de light filter en ook daar gebeurt niets rond.

In hetzelfde kader herhaalt de spreekster haar vraag aan de minister over het standpunt van België in verband met de ratificering van het Protocol over de illegale tabaksproducten.

In verband met alcohol merkt mevrouw Fonck, net als de vorige spreeksters, op dat er zeer weinig initiatieven worden genomen. Wat reclame betreft, mikt de minister nog steeds op zelfregulering. Volgens de spreekster is de aanpak van de minister economisch en niet die van een minister van Volksgezondheid.

Voorts heeft de spreekster een reeks vragen over de begroting zelf. Ten eerste komt de raming van de regering niet overeen met de raming van het RIZIV. Zelf spreekt de minister van 238 miljoen waarvoor maatregelen moeten worden genomen om het begrotingsobjectief te respecteren. Als de spreekster zelf de oefening doet, komt ze 600 miljoen te kort. Dat zorgt dus voor bijna 400 miljoen waar geen verklaring voor wordt gegeven.

Van die 238 miljoen zal er ongeveer 30 miljoen worden bespaard door middel van het medicomut akkoord. Is dat akkoord er? Welke garanties worden gegeven opdat de patiënt de besparingen niet zal voelen?

Wat is de impact op de patiënt van het pact met BeMedTech (de Belgische federatie van de industrie van de medische technologieën)?

Kan de minister verduidelijken hoe de verdeling onder de verschillende sectoren zal gebeuren voor de bijdragen van 12,2 miljoen euro. Waar gebeuren de inspanningen bij de verpleegkundigen? Zal dat gebeuren door het inlezen van het e-id? Om welk bedrag gaat het bij de verpleegkundigen?

A-t-il déjà été pris? Les résultats concrets se font en effet attendre.

Concernant le tabac et l'alcool, la ministre est extrêmement minimaliste. Pourtant, l'intervenante estime que la section "tabac et alcool" doit être un des grands chantiers de la note de politique générale. La Belgique a chuté de la 13^e à la 17^e place dans le classement des pays qui luttent de manière la plus efficace contre le tabagisme. L'action de la ministre est restée très limitée et les parlementaires ont dû se battre pour chaque mesure, même mineure, comme le paquet neutre qui n'a d'ailleurs toujours pas été adopté. Un nombre toujours plus grand d'études montrent en outre le danger des cigarettes "légères", sans qu'aucune mesure ne soit prise.

Dans le même cadre, l'intervenante répète sa question à la ministre concernant la position de la Belgique par rapport à la ratification du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac.

À l'instar des intervenantes précédentes, Mme Fonck observe que très peu d'initiatives ont été prises concernant l'alcool. S'agissant de la publicité, la ministre mise encore et toujours sur l'autorégulation. Selon l'intervenante, cette approche est digne d'une ministre de l'Économie et pas d'une ministre de la Santé publique.

L'intervenante pose ensuite une série de questions relatives au budget en lui-même. Premièrement, l'estimation du gouvernement ne correspond pas à l'estimation de l'INAMI. La ministre parle de 238 millions d'euros pour lesquels des mesures doivent être prises afin de respecter l'objectif budgétaire. Si l'intervenante fait le même exercice, il manque 600 millions d'euros. Par conséquent, aucune explication n'est donnée pour près de 400 millions d'euros.

Sur ces 238 millions d'euros, environ 30 millions d'euros d'économies seront réalisées grâce à l'accord médico-mutualiste. Cet accord a-t-il été conclu? Comment s'assurer que le patient ne ressentira pas les économies?

Quel est l'impact sur le patient du Pacte conclu avec la fédération belge de l'industrie des technologies médicales (BeMedTech)?

La ministre peut-elle expliquer comment les contributions de 12,2 millions d'euros seront réparties entre les différents secteurs? Quels sont les efforts fournis par les infirmiers? Les économies réalisées découlent-elles de la lecture de la carte d'identité électronique? Quel est le montant de l'économie qui sera réalisée chez les infirmiers?

Wat de slachtoffers van terroristische aanslagen betreft, is er een kleine vooruitgang gemaakt in de wetgeving. De regering heeft zich geëngageerd om snel met een tweede *package* te komen. Hoe ver staat het daarmee? Woorden hebben hun betekenis. In de verantwoording van de begroting van de FOD Volksgezondheid maakt de minister gewag van “eisen” van de verenigingen van slachtoffers van terroristische aanslagen. Het woord “eisen” is echt fout. De spreker verwacht van de minister meer achting voor die personen.

Mevrouw Els Van Hoof (CD&V) wenst dieper in te gaan op vier luiken van de beleidsnota van de minister: palliatieve zorg, seksueel gendergerelateerd geweld, apotheek en tabak. Hierbij komen een aantal aspecten ter sprake uit de ingediende mondelinge vragen van de spreker.

Inzake palliatieve zorg werd de wetgeving uitgebreid en bestaan er voortaan richtlijnen voor de identificering van de zieken die in aanmerking komen voor palliatieve zorgen. Het PICT is voortaan wettelijk verankerd, maar het blijft wachten op een koninklijk besluit. De jongste tien jaar werd geen verbetering geconstateerd van de toegang tot palliatieve zorg. Uit een studie van de universiteiten van Brussel en Gent blijkt dat één derde van de patiënten de laatste drie maanden pas palliatieve zorg krijgt; bij één vierde is dat haast vlak voor het overlijden. De uitbreiding van de wetgeving zorgt ervoor dat voortaan iedere terminale patiënt ongeacht zijn levensverwachting recht heeft op palliatieve zorg. Meer patiënten doen er dan ook beroep op. Kan de minister de voortgang en de implementatie van het PICT-instrument nader toelichten? Het woonzorgcentrum Sint-Vincentius uit Avelgem is met een nieuw en uniek initiatief gestart waarbij bejaarden voor wie de thuiszorg onvoldoende is maar die ook niet in het ziekenhuis dienen te worden opgenomen palliatieve zorg krijgen. Deze bejaarden krijgen de gepaste ondersteuning, “medium-care” genoemd (“high-care” is meestal te duur), en worden aldus uit hun isolement gehaald. In ziekenhuizen zou een dergelijke aanpak ook ingang moeten krijgen. Wat denkt de minister hiervan? Kan zij het gepast wettelijk kader hiervoor creëren? De federatie palliatieve zorg is althans vragende partij.

Inzake seksueel gendergerelateerd geweld, dient de vrouwelijke genitale verminking en infibulatie te worden bestreden. De minister steunt het prevalentieonderzoek dat constateert hoeveel gevallen er zijn en de risico's inschat. De minister wil inzetten op opleiding in Antwerpen, Luik en Brussel, maar waarom niet ook in

Concernant les victimes d'attentats terroristes, une légère avancée a été enregistrée dans la législation. Le gouvernement s'est engagé à rapidement prévoir un second train de mesures. Où en est-il? Les mots ont un sens. Dans la justification du budget, la ministre fait référence aux “revendications” des victimes des attentats. Parler de revendication est totalement inadéquat. L'intervenante attend de la ministre davantage de considération pour ces personnes.

Mme Els Van Hoof (CD&V) souhaiterait examiner de manière plus approfondie quatre volets de la note de politique générale de la ministre: les soins palliatifs, la violence sexuelle et liée au genre, la pharmacie et le tabac. Certains aspects de ces volets sont évoqués dans les questions orales déposées par l'intervenante.

En matière de soins palliatifs, la législation a été élargie et il existe désormais des directives visant à permettre l'identification des malades qui entrent en ligne de compte pour des soins palliatifs. Le PICT est désormais ancré dans la loi, mais l'arrêté royal fait encore défaut. Ces dix dernières années, aucune amélioration n'a été constatée quant à l'accès aux soins palliatifs. Une étude des universités de Bruxelles et de Gand montre qu'un tiers des patients ne reçoivent des soins palliatifs que durant les trois derniers mois de leur vie, tandis qu'un quart des patients n'en bénéficient que quelques jours avant leur décès. L'élargissement de la législation permet désormais à tout patient en phase terminale, quelle que soit son espérance de vie, de prétendre aux soins palliatifs. Davantage de patients y font dès lors appel. La ministre peut-elle fournir des précisions sur l'évolution et la mise en œuvre de l'instrument PICT? La maison de repos et de soins Sint-Vincentius à Avelgem a lancé une nouvelle initiative unique qui permet aux personnes âgées pour qui les soins à domicile ne suffisent plus, mais qui n'ont pas besoin d'être admis en milieu hospitalier, de recevoir des soins palliatifs. Ces personnes âgées bénéficient du soutien adapté, appelé “medium care” (le “high care” est souvent trop coûteux), ce qui leur permet de sortir de leur isolement. Il conviendrait d'adopter également une telle approche dans les hôpitaux. Qu'en pense la ministre? Peut-elle créer le cadre législatif adapté à cet effet? La Fédération de soins palliatifs est en tout cas demandeuse.

Concernant la violence sexuelle et liée au genre, il convient de lutter contre les mutilations génitales féminines et l'infibulation. La ministre soutient l'étude de prévalence, qui constate le nombre de cas concernés et qui en estime les risques. La ministre veut miser sur des formations à Anvers, Liège et Bruxelles, mais pourquoi

andere steden? In Brussel en Gent zijn de universitaire ziekenhuizen bezig met de reconstructie en begeleiding van slachtoffers. Wordt dit project ter sensibilisering geëvalueerd en voortgezet? In Gent is het weinig gekend bij potentiële slachtoffers. De spreekster heeft een wetsvoorstel ingediend, waarvan ze hoopt dat het in de loop van volgend jaar behandeld kan worden, teneinde de vier bestaande categorieën te laten opnemen in het medisch dossier om de verplichting van opleiding na te komen en te kunnen overgaan tot registratie teneinde psychologische begeleiding en risico-erkenning mogelijk te maken.

In de beleidsnota wordt enkel gewag gemaakt van de huisapotheek, terwijl er ook veel andere aspecten zijn die niet behandeld zijn zoals spreidingsreglementering, de regeling van de wachtdiensten voor magistrale bereidingen, online-zorg- en dienstverlening, medicatievoorziening in de woonzorgsector, en zo meer. Hoe staat het hiermee?

Wat tabak betreft, moet worden geconstateerd dat er nog veel te veel rokers zijn. Een op vijf Belgen rookt. Hoe zal de in het regeerakkoord ingeschreven doelstelling dit aantal terug te brengen tot 18 % worden gehaald? Er zijn sowieso nieuwe maatregelen nodig. Recent heeft de Waalse regering het verbod op roken in de auto goedgekeurd. In het Tabaksplan van de minister staat dat het neutrale pakje na een gunstige evaluatie in 2019 kan worden ingevoerd. Hoe is de concrete stand van zaken hieromtrent in Frankrijk, Ierland en het Verenigd Koninkrijk? Zal de minister de deadline van 2019 halen?

Mevrouw Muriel Gerken (Ecolo-Groen) constateert dat de huidige geïndexeerde begroting weliswaar met 1,5 % is gestegen tegenover 2017, maar herinnert eraan dat tijdens de vorige jaren de geplande groei van de begroting niet is gerespecteerd. De verschillende gezondheidsactoren binnen het RIZIV konden niet anders dan ze goed te keuren. De beleidsnota bevat onvoldoende concrete en gedetailleerde maatregelen. Eveneens werd geen lijst verstrekt, ondanks het feit dat iedere minister daartoe verplicht is, van het gevolg dat werd gegeven aan de verschillende resoluties die in de commissie werden goedgekeurd, onder meer over de palliatieve zorgen, de immunotherapie, de informatie en verpakking van voedingswaren, de chronische limfenziekten, de epilepsie en de ziekte van Lyme. Een volledige lijst zal de minister worden bezorgd. Vooral wat de resolutie over de ziekte van Lyme betreft, is er tussen de aanneming van de resolutie en vandaag veel gebeurd, zowel op institutioneel vlak als in de Verenigde

pas également dans d'autres villes? À Bruxelles et à Gand, les hôpitaux universitaires s'emploient à la reconstruction et à l'accompagnement des victimes. Ce projet de sensibilisation sera-t-il évalué et prolongé? À Gand, les potentielles victimes n'ont que rarement connaissance de cette initiative. L'intervenante a déposé une proposition de loi, qui, elle l'espère, pourra être examinée dans le courant de l'année prochaine. Elle vise à inscrire les quatre catégories existantes dans le dossier médical dans le but de satisfaire à l'obligation de formation et de pouvoir procéder à l'enregistrement pour permettre l'accompagnement psychologique et la reconnaissance des risques.

La note de politique générale évoque uniquement les pharmaciens dits généralistes. Pourtant, de nombreux autres aspects mériteraient d'être traités, tels que la loi sur la répartition, l'organisation des services de garde pour les préparations magistrales, la dispense de soins et la prestation de services en ligne, l'approvisionnement en médicaments dans les maisons de repos, etc. Où en sont ces dossiers?

Concernant le tabac, il convient de constater qu'il y a encore beaucoup trop de fumeurs. Un Belge sur cinq fume. Comment est-il prévu d'atteindre l'objectif inscrit dans l'accord de gouvernement de ramener le pourcentage de fumeurs à 18 % de la population? De nouvelles mesures sont de toute façon nécessaires. Récemment, le gouvernement wallon a approuvé l'interdiction de fumer en voiture. Dans le Plan anti-tabac de la ministre, il est indiqué que le paquet neutre pourra être introduit en 2019 après évaluation favorable. Quelle est actuellement la situation en la matière en France, en Irlande et au Royaume-Uni? La ministre va-t-elle respecter son engagement pour 2019?

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) constate que le budget indexé actuel a certes augmenté d'1,5 % par rapport à 2017, mais elle rappelle que ces dernières années, l'augmentation prévue du budget n'a pas été respectée. Les différents acteurs du secteur de la santé au sein de l'INAMI n'avaient d'autre choix que de l'approuver. La note de politique générale contient des mesures qui sont peu concrètes et insuffisamment détaillées. De même, alors que chaque ministre y est obligé, aucune liste n'a été fournie des suites données aux différentes résolutions adoptées au sein de cette commission, entre autres concernant les soins palliatifs, l'immunothérapie, l'information et l'emballage des denrées alimentaires, les maladies lymphatiques chroniques, l'épilepsie et la maladie de Lyme. Une liste complète sera transmise à la ministre. Depuis l'adoption de la résolution concernant la maladie de Lyme notamment, la situation a fortement évolué, aussi bien au niveau institutionnel qu'aux États-Unis au niveau de la reconnaissance de la maladie

Staten op het vlak van de erkenning van de ziekte als chronische ziekte. De paradigma's zijn gewijzigd. De Elisatest is geldverslindend, verwarrend en vaak nutteloos. Het zou beter zijn te werken op de symptomen en via de nieuwe, wetenschappelijk onderbouwde technieken. De resolutie verzocht om de oprichting van een werkgroep met actoren uit verschillende wetenschappelijke domeinen met verschillende visies. Wat moet er gebeuren om hierin vooruitgang te boeken?

De spreekster vindt in de beleidsnota bitter weinig terug over de verschillende werven die werden opgestart, zoals bijvoorbeeld die inzake de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen (met inbegrip van hun organisatorische netwerkstructuur en hun interactie met andere ziekenhuizen naargelang van hun ligging of affiniteit). Ondanks het feit dat dienaangaande druk wordt overlegd tussen de verschillende actoren, ontbreekt ook iedere concrete melding van vooruitgang in de territoriale spreiding van referentiecentra, het statuut van de universitaire ziekenhuizen hierin, enzovoorts. De psychiatrische ziekenhuizen worden hierin zelfs niet geïntegreerd. De spreekster staat kritisch tegenover hervorming 107, waarbij het aantal bedden drastisch wordt beperkt. Nochtans is spreekster voorstander van eerstelijnszorg in een open milieu inzake de behandeling van geestesziekten. Voornoemde hervorming roept evenwel veel reacties op. Kleinere structuren weten niet hoe ze deze reductie van het aantal bedden kunnen omzetten in meer aandacht voor de eerstelijnszorg.

De vraag over de territoria, of het nu gaat om de hervorming van de ziekenhuizen, de medische wachtposten, het platform van de chronisch zieken en de geesteszieken, lijkt doorheen heel het beleid geen coherent geheel te vormen. Kan de minister meer uitleg geven en wijzen op de lacunes? De spreekster is nochtans resoluut voorstander van een dergelijke territoriale aanpak, voor zover rekening wordt gehouden met de reële noden.

Wat betreft de gezondheidsberoepen was er het vroegere koninklijk besluit 78 en het thans aangekondigd wettelijk kader inzake de kwaliteit, continuïteit en multidisciplinariteit van de zorgen. Zal hier in 2018 enige vooruitgang worden geboekt? Uiteraard zal dit niet mogelijk zijn voor alle beroepen. Toch moet een onderscheid worden gemaakt tussen gespecialiseerd, gevorderd en algemeen gevormd verplegend personeel. Desondanks blijft de onzekerheid over de organisatie van deze categorieën bestaan. De psychologen, orthopedagogen en in relatie hiermee de logopedisten zouden ook hun beroep als volwaardig erkend willen zien. Vooral de logopedisten zijn ongerust en overwegen zelfs de organisatie van een Master. Zij willen vooral

comme maladie chronique. Les paradigmes ont changé. Le test ELISA coûte très cher, il prête à confusion et il est souvent inutile. Il serait préférable de se concentrer sur la détection des symptômes à l'aide des nouvelles techniques scientifiquement fondées. La résolution demandait la création d'un groupe de travail réunissant des acteurs issus de différents domaines scientifiques et ayant des visions différentes. Comment faire pour que des progrès soient réalisés en la matière?

L'intervenante ne retrouve que très peu d'informations dans la note de politique sur les différents chantiers qui ont été entamés, comme par exemple celui de la réforme du financement des hôpitaux (en ce compris leur structure organisationnelle en réseau et leur interaction avec d'autres hôpitaux en fonction de leur situation ou affinité). Même si les différents acteurs se concertent intensément à ce sujet, on ne dispose d'aucune information concrète faisant état d'avancées dans la répartition territoriale des centres de référence, concernant le statut des hôpitaux universitaires à cet égard, etc. Les hôpitaux psychiatriques n'y sont même pas intégrés. L'intervenant se montre critique à l'égard de la réforme 107 qui limite sensiblement le nombre de lits. Elle est pourtant favorable aux soins de première ligne dispensés en milieu ouvert pour ce qui concerne le traitement des maladies mentales. La réforme précitée suscite toutefois de nombreuses réactions. Les petites structures ignorent comment elles doivent traduire cette réduction du nombre de lits en une attention accrue pour les soins de première ligne.

La question des territoires, la réforme des hôpitaux, les postes médicaux de garde, la plateforme des malades chroniques et des malades mentaux manquent de cohérence dans toute la politique. La ministre peut-elle fournir des précisions et pointer les lacunes? L'intervenante est pourtant résolument favorable à une telle approche territoriale, pour autant qu'il soit tenu compte des besoins réels.

En ce qui concerne les professions de la santé, celles-ci étaient régies par l'ancien arrêté royal n° 78. La ministre annonce à présent un cadre légal en matière de qualité, de continuité et de multidisciplinarité des soins. Des avancées seront-elles réalisées à cet égard en 2018? Il va de soi que ce ne sera pas possible pour toutes les professions. Il y a cependant lieu de faire le départ entre le personnel infirmier spécialisé, le personnel ayant bénéficié d'une formation avancée et celui ayant bénéficié d'une formation générale. L'organisation de ces catégories reste néanmoins incertaine. Les psychologues, les orthopédagogues et les logopèdes aimeraient aussi que leur profession soit pleinement reconnue. Ce sont surtout les logopèdes qui

niet ondergeschikt worden aan de orthopedagogen. De Hoge Gezondheidsraad inzake geestelijke gezondheidszorg heeft in deze niet getrancheerd.

Inzake de niet-conventionele praktijken staat in de beleidsnota van de minister een zinledige passage ondanks het feit dat tijdens de vorige regeerperiode in deze materie veel vooruitgang werd geboekt. Enkel een aantal technische beroepen werd erkend. De meeste aanvragen werden geweigerd, hetzij omdat ze niet “evidence-based” waren of geen conform advies hadden verkregen of de opleiding naargelang van de Gemeenschap al te zeer uiteenliep. Volgend jaar dient vooruitgang te worden geboekt. Zelfs beroepsorganisaties, zoals de naturopathen, werden niet erkend, ondanks het feit dat artsen technieken uit de naturopathie toepassen. De Raad van State heeft de minister trouwens teruggefloten. Het gaat hier om complementaire beroepen die om ideologische redenen worden tegengewerkt.

E-health lijdt aan een schrijnend gebrek aan omkadering, ondanks de vele initiatieven op dit domein. Ook in de kamercommissie werden talloze zittingen besteed aan de “big data” en aan de risico’s die deze voor de privacy kunnen teweegbrengen. Doordat in België een gecentraliseerd systeem werd ontwikkeld waarin alle gegevens zijn verzameld over de gezondheidstoestand van de patiënt, over het gebruik voor wetenschappelijk onderzoek, administratieve aangelegenheden en fraudebestrijding, is de privacy absoluut niet gegarandeerd. Deze toegang moet veel strikter worden geregeld. Anders is het niet ondenkbaar dat iemand bij een opzoeking wegens een kniewonde van een bepaalde persoon gegevens kan inkijken over het seksueel gedrag van die bepaalde persoon.

De passage over de palliatieve zorgen is rondit ontgoochelend ondanks de uitbreiding van de wetgeving in deze, het opstellen van een evolutieschaal en de link naar curatieve zorgen. Zal in 2018 voor verduidelijking worden gezorgd want de actoren op het terrein weten op dit ogenblik niet waar ze aan toe zijn? Hetzelfde geldt voor wat betreft de lijst van geneesmiddelen die in een apotheek beschikbaar moeten zijn ingeval van levenseinde. Alle actoren hebben tien aanbevelingen geformuleerd. Wat is hiermee gebeurd?

De minister kondigt maatregelen aan om het sociaal statuut van de kandidaat-huisartsen en -specialisten te regelen, maar er wordt niets gezegd over de financiering

sont inquiets et ils envisagent même l’organisation d’un master. Ils ne veulent surtout pas être subordonnés aux orthopédagogues. Le Conseil supérieur de la Santé n’a pas pris position en matière de soins de santé mentale.

Concernant les pratiques non-conventionnelles, un passage dénué de sens figure dans la note de politique générale de la ministre en dépit des nombreux progrès enregistrés dans cette matière au cours de la législature précédente. Seule une série de professions techniques ont été agréées. La plupart des demandes ont été refusées au motif qu’elles n’étaient pas “evidence-based” ou qu’elles n’ont pas obtenu un avis conforme, ou encore que la formation divergeait excessivement selon la Communauté. Il faudra qu’il y ait des avancées l’année prochaine. Même des organisations professionnelles, telles que les naturopathes, n’ont pas été agréées en dépit du fait que des médecins appliquent des techniques relevant de la naturopathie. La ministre a d’ailleurs été rappelée à l’ordre par le Conseil d’État. Il s’agit, en l’espèce, de professions exercées à titre complémentaire auxquelles il est fait obstacle pour des raisons idéologiques.

E-health souffre d’un manque criant d’encadrement malgré les nombreuses initiatives dans ce domaine. Au sein de la commission de la Chambre également, d’innombrables séances ont été consacrées aux “big data” et aux risques que celles-ci peuvent générer pour la vie privée. La protection de la vie privée n’est absolument pas garantie dès lors qu’un système centralisé a été développé, en Belgique, dans lequel toutes les données sont réunies concernant l’état de santé du patient, l’utilisation pour la recherche scientifique, à des fins administratives et pour la lutte contre la fraude. L’accès à ces données doit être réglementé de manière beaucoup plus stricte, sinon il n’est pas impensable que quiconque effectue une recherche au sujet d’une blessure au genou d’une personne puisse consulter les données relatives au comportement sexuel de cette même personne.

Le passage concernant les soins palliatifs est carrément décevant malgré l’élargissement de la législation y afférente, l’élaboration d’une échelle d’évolution et le lien vers des soins curatifs. Des précisions seront-elles apportées en 2018 parce que les acteurs de terrain ne savent pour l’instant pas à quoi s’en tenir? Il en va de même en ce qui concerne la liste des médicaments qui doivent être disponibles dans une pharmacie en cas de fin de vie. Tous les acteurs ont formulé dix recommandations. Qu’en a-t-on fait?

La ministre annonce des mesures pour réglementer le statut social des candidats généralistes et des candidats spécialistes, mais rien n’est dit au sujet du financement

en de organisatie van stages. Er zijn hoogstens aanzetten tot het vinden van oplossingen maar geen duidelijke visie over de kwaliteitsvereisten waaraan de verschillende opleidingen moeten voldoen.

Hoe staat het met de wijzigingen van de conventies met de referentiecentra inzake aids?

Inzake de bestrijding van het alcohol- en tabaksmisbruik en de promotie van gezonde voeding bevat de beleidsnota het strikte minimum. De minister gelooft rotsvast in zelfregulering. Dwangmaatregelen worden dus niet overwogen. Nochtans zouden nieuwe maatregelen inzake etikettering en tegen zwaarlijvigheid op hun plaats zijn. De wil tot vooruitgang ontbreekt in deze overduidelijk.

De vereniging van patiënten die lijden aan hepatitis-C vragen dat alle patiënten toegang zouden hebben tot nieuwe moleculen die de evolutie van de ziekte afremmen en deze zelfs genezen. Voor 2017 werd hiervoor een budget van 90 miljoen euro voorzien, goed voor circa 2 500 patiënten. Hoe is dit bedrag gebruikt en is het mogelijk om het aantal patiënten nog uit te breiden?

et de l'organisation des stages. Il existe tout au plus des débuts de pistes de solution, mais aucune vision claire des exigences de qualité auxquelles les différentes formations doivent répondre.

Qu'en est-il des modifications des conventions conclues avec les centres de référence concernant le SIDA?

La note de politique générale prévoit le strict minimum en matière de lutte contre l'abus d'alcool et de tabac et en matière de promotion d'une alimentation saine. La ministre croit résolument à l'autorégulation. Des mesures coercitives ne sont dès lors pas envisagées. Pourtant, des nouvelles mesures en matière d'étiquetage et contre l'obésité seraient opportunes. L'absence de volonté de progresser est flagrante en l'occurrence.

L'association des patients atteints d'hépatite C demande que tous les patients aient accès à de nouvelles molécules qui ralentissent l'évolution de la maladie voire la guérissent. Pour 2017, un budget de 90 millions d'euros couvrant environ 2 500 patients a été prévu à cet effet. Comment ce montant est-il utilisé et est-il possible d'encore étendre le nombre de patients?

III. — ANTWOORDEN VAN DE MINISTER

1. Budget

Hervorming voor een doelmatige zorg

De regering werkt samen aan een kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg. Om dat te realiseren heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid het initiatief genomen om in te zetten op doelmatige zorg, waarbij besparingen opnieuw worden geïnvesteerd. Enkele maatregelen die werden genomen zijn de besparing op *off-patent*-geneesmiddelen, internationale samenwerking binnen BeneluxA, de verplichte derdebetalersregeling voor huisartsen en de afschaffing van het ereloonsupplement in 2-persoonkamers.

De minister wenst er op te wijzen dat gezondheidszorg(verzekerings)systemen van land tot land verschillen en niet zomaar te vergelijken zijn. Externe factoren hebben een invloed op de kostprijs van het gezondheidszorgstelsel: zo is de loonkost in België hoger dan in Nederland en het Verenigd Koninkrijk, bijvoorbeeld.

Specifiek voor de verpleegkundigen, de grootste groep zorgverleners, zet de minister sterk in op een correcte verloning. Hiervoor heeft zij een sociaal akkoord gesloten, onder andere voor de uitrol van de IFIC-functies.

Dit alles toont aan dat de door de regering besliste maatregelen niet getuigen van blinde en lineaire besparingen, maar van inzet op handhaving en het wegwerken van inefficiënties.

Stimuleren van goedkoop voorschrijven

Vanaf 2018 zal het goedkoopst voorschrijven verder worden gestimuleerd voor geneesmiddelen waarvoor er alternatieven bestaan.

Van de *off-patent*-geneesmiddelen die 2 jaar eerder de *patent cliff* ondergingen, zullen enkel de alternatieven die aan de definitie “goedkoopst” voldoen worden terugbetaald. Hiertoe werd een methode uitgewerkt die aan de fabrikanten van geneesmiddelen voldoende tijd biedt om de capaciteit te verhogen, zodat er geen onbeschikbaarheden worden gecreëerd. Ook werden er voorzorgsmaatregelen genomen om te anticiperen op extreme prijsdalingen die de markt verstoren. De maatregel wordt 2 jaar na toepassing van de *patent cliff* ingevoerd, enerzijds omdat de generica geleidelijk aan de markt innemen en anderzijds omdat, 2 jaar na

III. — RÉPONSES DE LA MINISTRE

1. Budget

Réforme en faveur de l'efficacité des soins

Le gouvernement collabore à la mise en place de soins de santé de qualité, accessibles et payables. À cet effet, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a pris l'initiative de miser sur l'efficacité des soins, en réinvestissant les économies réalisées. Quelques-unes des mesures qui ont été prises sont les économies sur les médicaments hors brevet, la coopération internationale au sein de BeneluxA, le régime du tiers payant obligatoire pour les médecins généralistes et la suppression du supplément d'honoraires dans les chambres de deux personnes.

La ministre souligne que les systèmes (d'assurance) de soins de santé sont différents d'un pays à l'autre et ne sont pas facilement comparables. Des facteurs extérieurs ont une influence sur le coût du régime de soins de santé: ainsi, le coût salarial est plus élevé en Belgique qu'aux Pays-Bas et au Royaume Uni, par exemple.

Spécifiquement en ce qui concerne les infirmiers, le plus grand groupe de prestataires de soins, la ministre mise fortement sur une rémunération correcte. À cet effet, elle a conclu un accord social, notamment pour le déploiement des fonctions IFIC.

Tout cela montre que les mesures décidées par le gouvernement ne constituent pas des économies aveugles et linéaires mais visent à encourager le respect des règles et à supprimer les inefficacités.

Encourager la prescription la moins chère

À partir de 2018, la forme de prescription la moins chère sera encore encouragée pour les médicaments pour lesquels il existe des alternatives.

Pour les médicaments hors brevet dont le brevet a expiré deux ans plus tôt, seules les alternatives qui répondent à la définition du critère “moins chers” seront remboursées. Une méthode a été mise au point à cet effet. Elle laissera aux fabricants de médicaments suffisamment de temps pour augmenter la capacité afin d'éviter toute indisponibilité. Des précautions ont également été prises pour anticiper les baisses de prix extrêmes perturbant le marché. Cette mesure sera introduite deux ans après l'application de l'expiration du brevet, d'une part parce que les médicaments génériques prennent progressivement pied sur le marché, et

de *patent cliff*, de impact van bijkomende prijsdalingen op de prijzen elders in Europa afneemt.

Daarnaast zal de cluster van de goedkoopste geneesmiddelen op basis van vergelijkbare verpakkingsgroottes worden bepaald, in plaats van op basis van individuele verpakkingsgroottes. Volgens de huidige reglementering is het namelijk mogelijk dat tabletten uit vergelijkbare verpakkingsgroottes een verschillende definitie “goedkoopst” hebben.

Die beide maatregelen zullen belangrijke inefficiënties en verspilling in het systeem wegwerken.

Herijking van de nomenclatuur

Het eindresultaat van de twee studies wordt verwacht tegen eind januari 2018. Een tussentijdse opvolging door een wetenschappelijke stuurgroep en een periodieke rapportering aan de *ad hoc*-overleggroep vonden reeds plaats. In beide gevallen wordt een methodiek ontwikkeld die tevens een eerste maal wordt toegepast op de huidige financiering.

De eerste studie – over de medische verstrekkingen – wordt uitgevoerd door de ULB, in samenwerking met meer dan 10 Brusselse en Waalse Ziekenhuizen. Daarin worden twee luiken onderzocht: enerzijds de identificatie van de “praktijkkosten”, met name de kosten van de uitrusting, materialen en personeelstijd (van de niet-artsen) om de medische verstrekking uit te voeren. Anderzijds wordt binnen elke medische discipline een relatieve weging met betrekking tot tijd, complexiteit en risico uitgevoerd.

In de sector heeft men soms de foutieve indruk dat dit laatste luik een studie over de herijking van de nomenclatuur betreft. Het betreft echter een studie die kadert in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. De minister benadrukt dat de beleidswerk “herijking van de nomenclatuur” moet worden gekaderd in de bestuursovereenkomst met het RIZIV, waarvoor een andere wetenschappelijke studie nodig is.

Er wordt een tweede studie uitgevoerd door het UZ Leuven, met inbreng van meer dan 10 – voornamelijk Vlaamse – ziekenhuizen. Het doel van de studie is om het BFM te ontrafelen. Concreet betekent dat, dat er in de eerste plaats per patiëntengroep wordt nagegaan welk budget ze in het BFM genereren.

Daarnaast heeft de studie nog een aantal andere doelstellingen, zoals de herordening van het BFM, om

d'autre part parce que, deux ans après l'expiration du brevet, l'impact de nouvelles réductions de prix sur les prix pratiqués ailleurs en Europe diminue.

En outre, le groupe des médicaments les moins chers sera déterminé sur la base de conditionnements comparables plutôt que sur la base de conditionnements individuels. Selon la réglementation actuelle, il peut en effet arriver que des comprimés dont le conditionnement est similaire fassent l'objet d'une définition différente du critère “moins chers”.

Ces deux mesures permettront d'éliminer d'importantes inefficacités, ainsi que des gaspillages dans le système.

Recalibrage de la nomenclature

Le résultat final des deux études est attendu pour la fin du mois de janvier 2018. Un suivi intermédiaire par un comité directeur scientifique a déjà été effectué et un rapport périodique a déjà été soumis au groupe de concertation *ad hoc*. Dans ces deux cas, une méthodologie a été élaborée. Elle sera également appliquée pour la première fois au financement actuel.

La première étude concernant les prestations médicales est menée par l'ULB, en collaboration avec plus de dix hôpitaux wallons et bruxellois. Deux volets y sont étudiés: d'une part l'identification des “frais de pratique”, c'est-à-dire des frais relatifs à l'équipement, au matériel et au personnel (non-médecins) nécessaires pour réaliser la prestation médicale. D'autre part, une pondération relative en fonction du temps, de la complexité et du risque est appliquée au sein de chaque discipline médicale.

Dans le secteur, certains ont parfois l'impression erronée que ce dernier volet concerne une étude sur la réévaluation de la nomenclature. Il s'agit toutefois plutôt d'une étude qui s'inscrit dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux. La ministre souligne que le projet politique de réévaluation de la nomenclature doit figurer dans le contrat d'administration signé avec l'INAMI, pour lequel une nouvelle étude scientifique est nécessaire.

L'UZ Leuven mène une deuxième étude à laquelle contribuent plus de dix hôpitaux, en majorité flamands. L'objectif de l'étude est d'éplucher le BFM. Concrètement, cela signifie qu'on examine en premier lieu quel budget chaque groupe de patient génère dans le BFM.

L'étude a également plusieurs autres objectifs, comme la réorganisation du BFM, afin de rendre le

het geheel eenvoudiger, transparanter en consistenter te maken. Een voorbeeld daarvan is het beter bundelen van de verschillende kanalen waarlangs het personeel nu wordt gefinancierd. Er worden bovendien suggesties onderzocht om eventueel bepaalde onderdelen van het BFM juist te berekenen. Daarbij is het belangrijk om zicht te krijgen op de reële kosten per patiënt. Zodoende kan beoordeeld worden of de BFM-financiering voor de verschillende patiëntengroepen de kosten van die patiënten effectief dekt.

Ten slotte wordt een methodologie ontwikkeld om die berekening van de bijdrage aan het BFM en de kost per pathologie en per patiënt in de toekomst opnieuw te kunnen maken. De medische praktijk evolueert immers voortdurend.

Specifiek voor wat de herijking van de nomenclatuur betreft, meldt de minister dat er in het kader van de commissie artsen-ziekenfondsen, voorbereidende gesprekken hebben plaatsgevonden naar aanleiding van de voorstelling van de studie van professor Annemans en professor Pierson. Er vinden ook gesprekken plaats binnen andere overlegorganen, met name binnen de ziekenhuisorganisaties. In 2018 zal er zeker vooruitgang kunnen worden gemaakt op basis van de conclusies en de voorstellen die uit de lopende gesprekken en studies naar voren zullen komen.

Begrotingsmaatregelen

De minister geeft aan dat er in 2018 wel degelijk een marge zal zijn voor nieuwe initiatieven.

In de begroting 2018 is voor zowel het RIZIV als het FAGG en de FOD Volksgezondheid in 146,1 miljoen euro voor nieuwe initiatieven voorzien. Op jaarbasis vertegenwoordigt dat 201,1 miljoen euro. 100 miljoen euro gaat naar het sociaal akkoord, naast de 50 miljoen die al voor de IF-IC-classificatie is toegekend, wat het totaal op 150 miljoen euro aan financiering brengt.

Een tweede enveloppe zal worden vrijgegeven voor de ontplooiing van het Masterplan Internering: in 2018 komt 13 miljoen euro bovenop de al in 2016 toegekende 7 miljoen euro. In 2019 zal een bijkomende enveloppe van 5 miljoen euro volgen.

Overeenkomstig het advies van het KCE zullen de geïnterneerden deel uitmaken van de ziekteverzekering, wat 15 miljoen euro zal kosten. De minister voorziet voor het eerst in een terugbetaling van de eerstelijns klinische psychologie, voor een totaalbedrag van 22,5 miljoen euro. 35 miljoen euro zal worden vrijgemaakt voor een betere financiering van de dringende geneeskundige hulpverlening. De afschaffing van de *fees* voor klinische

tout plus simple, plus transparent et plus cohérent. Par exemple, il convient de mieux regrouper les différents canaux par lequel le personnel est actuellement financé. En outre, des suggestions, visant à éventuellement calculer de manière plus juste certaines parties du BMF, sont examinées. Il est à cet égard important d'avoir une idée des coûts réels par patient. Ainsi, il pourra être estimé si le financement BMF pour les différents groupes de patients couvre effectivement les coûts de ces patients.

Enfin, une méthodologie est mise au point, de sorte à pouvoir calculer la contribution au BMF, ainsi que les coûts par pathologie et par patient. En effet, les pratiques médicales évoluent constamment.

Concernant spécifiquement la réévaluation de la nomenclature, la ministre indique que dans le cadre de la Commission médico-mutualiste, des discussions préparatoires ont été menées à la suite de la présentation de l'étude des professeurs Annemans et Pierson. Des discussions sont également en cours au sein d'autres organes de concertation, notamment au sein des organisations hospitalières. En 2018, des progrès pourront sans aucun doute être réalisés sur la base des conclusions et des propositions qui découleront des discussions et des études en cours.

Mesures budgétaires

La ministre indique qu'en 2018, une marge est bien prévue pour les nouvelles initiatives.

Dans le budget 2018, tant pour l'INAMI que pour l'AFMPS et le SPF Santé publique, 146,1 millions d'euros sont prévus pour de nouvelles initiatives. Ceci représente 201,1 millions d'euros sur base annuelle. 100 millions d'euros seront affectés à l'accord social, en plus des 50 millions déjà octroyés pour l'IF-IC, soit au total 150 millions d'euros de financement.

Une seconde enveloppe sera débloquée pour le déploiement du masterplan internement: 13 millions d'euros en 2018 venant s'ajouter aux 7 millions d'euros déjà alloués en 2016. Une enveloppe supplémentaire de 5 millions d'euros suivra en 2019.

Conformément à l'avis du KCE, les personnes internées seront intégrées dans l'assurance-maladie, ce qui coûtera 15 millions d'euros. La ministre prévoit pour la première fois un remboursement de la psychologie clinique en première ligne, pour un montant total de 22,5 millions d'euros. 35 millions d'euros seront débloqués pour le meilleur financement de l'aide médicale urgente. La suppression des *"fees"* essais cliniques

proeven zal 10,6 miljoen euro kosten. Zo stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg binnen en buiten het begrotingsdoel van het RIZIV in 2018 met 813,7 miljoen euro ten opzichte van 2017.

Sommige leden hebben gevraagd of het bijkomend budget zou volstaan om de toegenomen behoeften te financieren. In de “Economische Vooruitzichten 2017-2022” van het Planbureau van juni 2017 is inderdaad sprake van een toename van de uitgaven die geraamd wordt op 2,2 % reële gemiddelde groei tot en met 2022. Daaruit mag men echter niet van meet af aan concluderen dat de verhoging van het budget ontoereikend zou zijn. Integendeel, het budget neemt meer toe dan in de verwachtingen van het Planbureau.

In het rapport van het Planbureau staat effectief dat de verwachte groei laag blijft, “hoofdzakelijk als gevolg van de nog steeds zwakke economische vooruitzichten, de matige bijdrage van de vergrijzing en het effect van de structurele besparingen in de gezondheidszorg” (blz. 70). Maar de door het Planbureau genoemde groei heeft geen betrekking op dezelfde elementen als de begrotingsdoelstelling, waarbij er sprake is van een reële groei van 1,5 %. Men moet ook de uitgaven meetellen buiten de begrotingsdoelstelling, die niet in de groeinorm zijn opgenomen.

Bovendien stelt het Planbureau de sterkste groei vast voor langdurige zorg. Die ressorteert sinds de zesde staatshervorming echter niet langer onder de begroting van het RIZIV.

Telematicapremie

In verband met de eventuele telematicapremie voor vroedvrouwen, preciseert de minister dat de *indexmassa* volledig ter beschikking wordt gesteld. Dat betekent dat de akkoorden- en overeenkomstencommissies bij het RIZIV kunnen beslissen over de wijze waarop die bedragen worden besteed. In het geval van de overeenkomstencommissie vroedvrouwen blijkt de wens te bestaan om de *indexmassa* te besteden aan een telematicapremie. De vroedvrouwen krijgen dus de mogelijkheid om voor de premie te kiezen, maar zijn daar geenszins toe verplicht.

Bezuinigingen

De minister beklemtoont dat er geen hiaat van 600 miljoen euro in de berekening van het RIZIV is. Er komt ook geen bezuiniging van 12 miljoen euro op de verpleegkundigen. Door het sociaal akkoord dat de minister heeft afgesloten, krijgen de verpleegkundigen 100 miljoen euro extra, bovenop de 50 miljoen euro

coûtera 10,6 millions d’euros. De la sorte, les dépenses de soins de santé accordées dans le cadre et en dehors de l’objectif budgétaire de l’INAMI augmentent en 2018 de 813,7 millions d’euros par rapport à 2017.

Certains membres ont demandé si le budget supplémentaire serait suffisant pour financer l’augmentation des besoins. Dans le budget économique du Bureau du Plan de juin 2017, il est effectivement question d’un taux de croissance estimé de 2,2 % de croissance moyenne réelle jusqu’en 2022 inclus. Il ne faut toutefois pas en conclure d’emblée que l’augmentation du budget se révélerait insuffisante. Au contraire, le budget augmente plus que dans les prévisions du Bureau du Plan.

Le rapport du Bureau du Plan mentionne en effet que “la croissance attendue reste faible, essentiellement en raison des perspectives économiques toujours moroses, d’une contribution modérée du vieillissement et de l’effet des économies structurelles dans les soins de santé”. La croissance évoquée par le Bureau du Plan ne porte pas sur les mêmes éléments que l’objectif budgétaire où il est question d’une croissance réelle de 1,5 %. Il faut compter aussi les dépenses en dehors de l’objectif budgétaire qui ne sont pas reprises dans la norme de croissance.

En plus, le Bureau du Plan constate la plus forte croissance au niveau des soins de longue durée. Ceux-ci ne relèvent toutefois plus du budget de l’INAMI depuis la 6^{ème} réforme de l’État.

Prime télématique

Concernant l’éventuelle prime télématique pour les sages-femmes, la ministre précise que la masse d’indexation est entièrement mise à disposition, ce qui signifie que les commissions de conventions ou d’accords à l’INAMI peuvent décider de la façon dont ces montants sont utilisés. La commission de convention sages-femmes souhaite, elle, consacrer la masse d’indexation à une prime télématique. Les sages-femmes auront donc la possibilité de choisir la prime, mais elles n’y sont en aucun cas obligées.

Économies

La ministre souligne qu’il ne manque en aucun cas 600 millions d’euros dans le calcul de l’INAMI. De même, aucune économie de 12 millions d’euros n’est prévue à charge des infirmiers. La ministre a conclu un accord social qui permet aux infirmiers d’obtenir 100 millions d’euros supplémentaires, s’ajoutant ainsi

die reeds werd vrijgemaakt voor de eerste fase van de uitrol van IF-IC.

Er wordt in 2018 geen enkele bezuiniging in het gezondheidszorgbudget gedaan. Er wordt enkel aan de sectoren gevraagd om het begrotingsobjectief en het begrotingstraject te respecteren, zoals de wet voorziet. De sectoren, bij monde van het Verzekeringscomité, doen dit ook.

De thuisverpleegkundigen doen dus een correctie van 1,172 miljoen euro om het begrotingsobjectief te respecteren, zoals ze zelf hebben voorgesteld op het Verzekeringscomité van 2 oktober 2017. De andere verpleegkundigen doen geen correctie.

1.1. *Budgettair kader*

De minister bevestigt dat de 22,5 miljoen euro voor de psychologische zorg voorzien zijn in de interdepartementale provisie. De reden daarvoor is dat er binnen de regering een werkafsprake is gemaakt om de nieuwe middelen in de interdepartementale provisie op te nemen en ze te transfereren naar het juiste budget of krediet. Bij de begrotingsopmaak was de maatregel echter nog niet volledig uitgewerkt, en kon de juiste plaats in het budget dus niet worden bepaald. Van zodra de reglementering is uitgewerkt zullen de middelen naar het gezondheidszorgbudget worden getransfereerd.

1.2. *Maatregelen*

Landelijke zones

Het Plan Dringende Geneeskundige Hulpverlening (DGH), dat aan het advies van de National Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening (NRDGH) is voorgelegd, schuift verschillende oplossingen naar voren voor de landelijke zones. Ze zullen ook worden opgenomen in de programmeringsvoorstellen. Het doel ervan is de beschikbare middelen beter te verdelen teneinde de dienstverlening aan de bevolking te verbeteren, ook in de landelijke zones.

Netto- en brutobudget

Het brutobudget geeft een vertekend beeld van de uitgaven in de geneesmiddelensector, waardoor men de indruk zou kunnen krijgen dat er met netto- en brutobedragen wordt getoverd. Dit is te wijten aan het feit dat er in het brutobudget geen rekening wordt gehouden met de terugstortingen van de art.81-contracten.

aux 50 millions d'euros déjà débloqués pour la première phase de déploiement de la méthode IF-IC.

En 2018, aucune économie n'est effectuée sur le budget des soins de santé. Il est uniquement demandé aux secteurs de respecter l'objectif et la trajectoire budgétaires, comme le prévoit la loi. C'est d'ailleurs ce que font les secteurs par la voix du Comité de l'assurance.

Les infirmiers à domicile doivent donc appliquer une correction de 1,172 million d'euros pour respecter l'objectif budgétaire, comme ils l'ont eux-mêmes proposé lors de la réunion du Comité de l'assurance du 2 octobre 2017. Les autres infirmiers ne doivent appliquer aucune correction.

1.1. *Cadre budgétaire*

La ministre confirme que les 22,5 millions d'euros affectés aux soins psychologiques sont prévus dans la provision interdépartementale. La raison en est qu'au sein du gouvernement, un accord de travail a été conclu afin d'inscrire les nouveaux moyens dans la provision interdépartementale et de les transférer vers le bon budget ou crédit. Toutefois, lorsque le budget a été élaboré, la mesure n'était pas encore complètement au point. Il était par conséquent impossible de déterminer où l'inscrire précisément dans le budget. Dès que la réglementation sera finalisée, les crédits seront transférés vers le budget des soins de santé.

1.2. *Mesures*

Zones rurales

Le plan de réforme de l'Aide Médicale Urgente (AMU) soumis à l'avis du Conseil national des secours médicaux d'urgence (CNSMU) met en avant différentes solutions pour les zones rurales. Elles seront également reprises dans les propositions de programmation. La finalité de cette programmation est de mieux répartir les moyens disponibles afin d'améliorer le service rendu à la population, aussi dans les zones rurales.

Budget net et brut

Le budget brut présente une image déformée des dépenses dans le secteur des médicaments, ce qui pourrait donner à penser que l'on fait de tours de passe-passe avec les montants nets et bruts. Cela s'explique par le fait que le budget brut ne tient pas compte des remboursements dans le cadre des contrats article 81.

Daarom worden de artikel 81-inkomsten vanaf 2017 afgetrokken van de bruto-uitgaven voor geneesmiddelen. Dit levert het netto-budget op, dat correct weergeeft welk budget uiteindelijk daadwerkelijk aan geneesmiddelen wordt gespendeerd.

Sociaal akkoord

De minister staat erop te verduidelijken wat het sociaal akkoord inhoudt. De akkoorden voorzien in aanzienlijke inspanningen, zowel inhoudelijk als budgettair. Voor de periode van het akkoord bedragen die inspanningen niet minder dan 463 miljoen euro.

Een redelijk (aanvullend) pensioen voor al wie in de gezondheidssector werkt, is een van de hoofddoelstellingen van deze regering. De tweede pensioenpijler zal opnieuw worden afgestemd op zijn oorspronkelijk doel. Er wordt in een dotatie voorzien om te streven naar 0,6 % van de loonmassa.

De bijkomende middelen van de "Sociale Maribel" zullen bij voorkeur worden gebruikt voor het versterken van de mobiele equipes om het hoofd te kunnen bieden aan voorzienbare en onvoorzienbare afwezigheden, het versterken van de personeelsformatie van de onderbemande diensten, de indienstneming van een anti-agressie-expert en de indienstneming van extra personeel.

Er komen kwalitatieve maatregelen inzake werkroosters, deeltijdse arbeidsovereenkomsten en vakantieregeling, zodat het evenwicht tussen werk en privéleven kan worden verbeterd en de banen in de zorgsector aantrekkelijker worden.

Om burn-outs te voorkomen en te waarborgen dat langdurig zieken opnieuw de draad kunnen opnemen, zullen maatregelen op maat worden genomen.

Er komt een analyse van de impact van de hervorming van het ziekenhuislandschap op de arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden van het ziekenhuispersoneel.

Specifiek in verband met de privésector stipt de minister aan dat de werkzaamheden inzake de IF-IC (functieclassificatie) na vele jaren van overleg afgerond zijn. De regeling zal de komende jaren gefaseerd ten uitvoer worden geleid.

Voor de eerste enveloppe werd 50 miljoen euro uitgetrokken. In de periode 2018-2020 zal jaarlijks in 15 miljoen euro extra worden voorzien, bovenop het

C'est la raison pour laquelle, à partir de 2017, les recettes article 81 sont déduites des dépenses brutes pour les médicaments. On obtient ainsi le budget net, qui donne une image correcte des dépenses réelles finalement consenties pour les médicaments.

L'accord social

La ministre tient à préciser en quoi consiste l'accord social. Les accords prévoient d'importants efforts, que ce soit sur le fond ou sur le plan budgétaire. Sur l'ensemble de la période couverte par l'accord, ces efforts se chiffrent à pas moins de 463 millions d'euros.

Une pension (complémentaire) raisonnable pour l'ensemble des travailleurs du secteur de la santé constitue l'un des objectifs principaux du gouvernement actuel. Le second pilier de pension sera rétabli dans son objectif initial. Une dotation sera prévue afin de tendre vers les 0,6 % de la masse salariale brute.

Les moyens supplémentaires du Maribel Social seront utilisés de préférence pour renforcer les équipes mobiles de manière à pouvoir faire face aux absences prévisibles et imprévisibles, renforcer les cadres des services en sous-effectif, recruter un expert en anti-agression et pour recruter du personnel supplémentaire.

Des mesures qualitatives seront prises en ce qui concerne les horaires, les contrats de travail à temps partiel et l'organisation des vacances, pour améliorer l'équilibre entre travail et vie privée, et rendre plus attractifs les emplois dans le secteur des soins.

Pour éviter le burn-out et assurer la réintégration des malades de longue durée, des mesures spécialement adaptées seront prises.

Les conséquences de la réforme du paysage hospitalier sur les conditions et circonstances de travail du personnel travaillant en hôpital vont être analysées.

En ce qui concerne spécifiquement le secteur privé, la ministre signale qu'après de nombreuses années de négociation, les travaux liés à l'IF-IC (classification de fonctions) sont terminés. Le déploiement interviendra dans les années qui viennent et se fera en différentes phases.

La première enveloppe s'élève à 50 millions d'euros. Au cours de la période 2018-2020, un montant supplémentaire de 15 millions d'euros sera prévu chaque

bestaande budget van 50 miljoen euro. De vigerende cao's inzake syndicale vorming zullen worden geüpdatet.

In 2017 worden verschillende bedragen eenmalig gestort. Het grootste bedrag is 31,46 miljoen euro en is bestemd voor de financiering van de eenmalige verhoging van de eindejaarspremie voor alle personeelsleden. Elk personeelslid zal eind 2017 éénmaal ongeveer 150 euro méér krijgen.

Het IF-IC-model zal tevens in de overheidssector worden geïmplementeerd, rekening houdend met de specifieke situatie van die sector. In een eerste fase zullen de lonen worden geanalyseerd om na te gaan of en in welke mate het systeem van de privésector kan worden toegepast op de overheidsinstellingen. Voor de financiering van de tenuitvoerlegging ervan in 2018 werd 23 miljoen euro uitgetrokken. In 2019 en in 2020 komt daar telkens 10 miljoen euro bij. Mocht dat budget van 23 miljoen euro in 2018 niet kunnen worden aangewend voor de tenuitvoerlegging van IF-IC, dan kan het worden gebruikt om de eenmalige verhoging van de eindejaarspremie te dekken. Voor de overheidssector wordt een aantal kwalitatieve maatregelen gepland, zoals het instellen van zachte landingsbanen, naar het voorbeeld van wat voor de werknemers in de privésector geldt. Deze maatregel beoogt het loopbaanbeleid te moderniseren in het licht van de verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd.

Daling van de prijs van de geneesmiddelen

De minister bevestigt dat de tenuitvoerlegging van het toekomstpact zich op de goede weg bevindt. Het is echter nog te vroeg om een effect op het algemene prijsniveau in 2017 waar te nemen.

Alle in het pact vastgelegde maatregelen werden tot uitvoer gebracht. In de loop van 2017 hebben ook verschillende prijsdalingen plaatsgevonden in het kader van EBM. Daarnaast werden bijkomende maatregelen genomen op basis van de inachtneming van het in het pact overeengekomen begrotingsperspectief:

- bijkomende prijsdaling als gevolg van de invoering van een nieuw marktmechanisme voor de geneesmiddelen buiten patent waarvoor de concurrentie speelt: enkel terugbetaling voor de geneesmiddelen die voldoen aan de definitie van de "laagste prijs" voor de geneesmiddelen waarvoor twee jaar eerder de "patent cliff" werd toegepast;

année, en plus du budget existant de 50 millions d'euros. Les CCT actuelles en matière de formation syndicale seront actualisées.

En 2017, différents versements uniques seront effectués. Le plus important porte sur une somme de 31,46 millions d'euros en faveur du financement de l'augmentation unique de la prime de fin d'année pour l'ensemble du personnel. Chaque membre du personnel recevra une seule fois environ 150 euros de plus à la fin de l'année 2017.

Le modèle IF-IC sera également mis en œuvre dans le secteur public, compte tenu de la situation particulière. La première étape consistera à réaliser une étude des salaires afin de déterminer si et dans quelle mesure le système du secteur privé est applicable aux institutions du secteur public. Un montant de 23 millions d'euros servira à financer le déploiement en 2018. Une tranche supplémentaire de 10 millions d'euros est prévue en 2019 ainsi qu'en 2020. Si ce budget de 23 millions d'euros ne peut être utilisé en 2018 pour le déploiement de l'IF-IC, il pourra être utilisé pour couvrir l'augmentation unique de la prime de fin d'année. L'une des mesures qualitatives envisagées dans le secteur public concerne l'instauration de fins de carrières en douceur, comme prévu pour les travailleurs du secteur privé. Cette mesure s'inscrit dans la volonté de moderniser la politique de carrière eu égard au relèvement de l'âge légal de la pension.

Diminution du prix des médicaments

La ministre confirme que la mise en œuvre du pacte d'avenir est sur la bonne voie. Il est cependant encore trop tôt pour pouvoir observer un impact sur le niveau général des prix en 2017.

Toutes les mesures convenues dans le pacte ont été mises en œuvre. Dans le courant de 2017, plusieurs baisses de prix ont également eu lieu dans le cadre de l'EBM. En outre, des mesures complémentaires ont été prises sur la base du respect de la perspective budgétaire convenue dans le pacte:

- baisses de prix supplémentaires dues à l'instauration d'un nouveau mécanisme de marché pour les médicaments hors-brevet soumis à concurrence: remboursement limité aux médicaments qui répondent à la définition du "prix le plus bas" pour les médicaments auxquels le "patent cliff" a été appliqué deux ans plus tôt;

- bijkomende prijsdaling dankzij de groepering van soortgelijke verpakkingen voor de definitie van het “goedkoopste voorschrift”;

- prijsdaling als gevolg van de opkomst van biosimilaire geneesmiddelen;

- prijsdaling in het kader van de besparingsmaatregel betreffende de “oude geneesmiddelen” zodra de biosimilaire geneesmiddelen beschikbaar zijn (= “*bio cliff*”, prijsdaling met 15 % van de biosimilaire geneesmiddelen, in combinatie met een prijsdaling met 1,7 en/of 2,41 % van de oude geneesmiddelen).

Overschrijding van het farmabudget

De minister beklemtoont dat de opbrengst van de maatregelen genomen in de farmasector door het RIZIV zijn berekend, op basis van farmanet-cijfers. De opbrengst ervan is bijgevolg realistisch. In geval van overschrijding betaalt de farmasector deze terug, ten bedrage van max. 2,5 % van het farmabudget voor dat jaar.

Onverantwoorde terugbetalingen

Met betrekking tot het voorkomen van onverantwoorde terugbetalingen, legt de minister uit dat in 2016, in de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, een werkgroep werd opgericht die voorstellen formuleerde om de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen(klassen) te herevalueren in het kader van *evidence based medicine*. In de loop van 2016 en 2017 werden daartoe verschillende herzieningen doorgevoerd, die zullen leiden tot een besparing van 32 miljoen euro.

Maatregelen teneinde de begrotingsdoelstellingen na te komen

De begroting die de Algemene Raad heeft goedgekeurd op 9 oktober 2017 (nota ARGV 2017/075) beschrijft de in uitzicht gestelde maatregelen om de begrotingsdoelstellingen te halen.

Medicomut heeft in december 2016 enkele beslissingen genomen betreffende de aanpassing van de medische honoraria vanaf 1 januari 2017. In de daartoe voorbehouden bedragen werd een bedrag van 29,862 miljoen euro uitgetrokken, rekening houdend met de datum van inwerkingtreding van enkele gunstige maatregelen. In 2018 moet dit bedrag nog concreet worden omgezet in een structurele besparing van datzelfde bedrag, waarmee nog geen rekening werd gehouden in de technische ramingen voor 2018.

- baisses de prix supplémentaires du fait du regroupement de conditionnements similaires pour la définition de la “prescription la moins chère”;

- baisses de prix en raison de l’arrivée de médicaments biosimilaires;

- baisses de prix dans le cadre de la mesure d’économie “anciens médicaments” au moment de la disponibilité des médicaments biosimilaires (= *bio cliff*; baisse des prix de 15 % des médicaments biosimilaires cumulée à une baisse des prix de 1,7 et/ou de 2,41 % des anciens médicaments).

Dépassement du budget pharmaceutique

La ministre souligne que le produit des mesures prises dans le secteur pharmaceutique est calculé par l’INAMI sur la base des chiffres pharmaceutiques nets. Le produit en est dès lors réaliste. En cas de dépassement, le secteur pharmaceutique rembourse à hauteur de 2,5 % au maximum du budget pharmaceutique de l’année en question.

Remboursements injustifiés

En ce qui concerne la prévention de remboursements injustifiés, la ministre indique qu’un groupe de travail, créé en 2016 au sein de la Commission de remboursement des médicaments, a formulé des propositions en vue de réévaluer le remboursement de (certaines classes de médicaments) certains médicaments dans le cadre de l’*evidence based medicine*. Dans le courant de 2016 et 2017, il a été procédé à cet effet à différentes révisions, qui généreront une économie de 32 millions d’euros.

Mesures en vue de respecter les objectifs budgétaires

Le budget approuvé par le Conseil général du 9 octobre 2017 (note ARGV 2017/075) décrit les mesures qui seront prises en vue de respecter les objectifs budgétaires.

Medicomut a pris certaines décisions en décembre 2016 concernant l’adaptation des honoraires médicaux à partir du 1^{er} janvier 2017. Un montant de 29,862 million d’euros a été libéré dans les montants réservés à cet effet, en tenant compte de la date d’entrée en vigueur de quelques mesures positives. En 2018, ce montant doit encore être concrétisé dans une économie structurelle de ce-même montant où il n’a pas encore été tenu compte dans les évaluations techniques pour l’année 2018.

Het voorgestelde bedrag voor de sector van de implantaten bedraagt 8 miljoen euro. Deze inspanning is onderdeel van het pact tussen de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de MedDev-sector en komt niet bovenop het in dit pact vastgelegde begrotingstraject. De inspanning wordt volledig geleverd binnen de deeldoelstelling wat de implantaten betreft.

Het Verzekeringscomité heeft ervoor gekozen om alle sectoren op lineaire wijze een bijdrage voor de begrotingscorrectie te vragen. De regering bevestigt de verdeling van de correcties en van de deeldoelstellingen die het Verzekeringscomité op maandag 2 oktober 2017 heeft voorgesteld.

Het Verzekeringscomité heeft op voorstel van de verzekeringsmaatschappijen enkele pistes voorgesteld voor de akkoorden en overeenkomsten, teneinde de financiële engagementen te kunnen nakomen. De overeenkomsten- en akkoordencommissies is gevraagd om voorstellen te doen voor structurele correcties.

Op voorstel van het Verzekeringscomité zullen, in afwachting van de beslissing van de overeenkomsten- en akkoordencommissies, de gezondheidsindexmassa of de aangehouden positieve bedragen worden bevroren ten belope van een bedrag dat gelijk is aan dat voor de sector van de vastgestelde correcties. De overeenkomsten- en akkoordencommissies kunnen, in afwachting van de definitieve toepassing van de correctie, de sleutelwaarden tijdelijk verminderen.

De betrokken overeenkomstencommissies wordt gevraagd de aan hen toegewezen correctie om te zetten in concrete maatregelen en ze uiterlijk tegen 30 november 2017 aan de Algemene Raad over te zenden. De Algemene Raad kan deze voorstellen verwerpen, indien hij vreest of meent dat de begrotingsdoelstellingen niet zullen worden gehaald, dat de financiële toegankelijkheid van de zorg nadeel ondervindt of dat de zorgkwaliteit dreigt af te nemen. Als het voorstel niet tijdig wordt voorgelegd of niet tijdig wordt uitgewerkt, zal de correctie geschieden via een vermindering van de toegewezen gezondheidsindexmassa of een vermindering van de aangehouden bedragen. Als deze maatregelen niet volstaan, kan de Algemene Raad zelf beslissen maatregelen te nemen die voor voldoende ontvangsten zorgen indien de financiële toegankelijkheid van de zorg in het gedrang komt of de zorgkwaliteit dreigt af te nemen.

Wat de geneesmiddelen betreft, geeft de minister aan dat de afwijking in 2018 van de technische evaluaties van september 2017 ten opzichte van het begrotingstraject, als vastgelegd in het toekomstige pact voor de patiënt met de farmaceutische

Le montant proposé qui a été alloué au secteur des implants s'élève à 8 million d'euros. Cet effort cadre dans le pacte conclu entre la ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique et le secteur Meddev et ne s'ajoute pas à la trajectoire budgétaire reprise dans ce pacte. L'effort est réalisé entièrement au sein de l'objectif partiel des implants.

Le Comité de l'assurance a choisi de demander de manière linéaire à tous les autres secteurs une contribution pour la correction budgétaire. Le gouvernement confirme la répartition des corrections et des objectifs partiels qui est proposé par le Comité de l'assurance le lundi 2 octobre 2017.

Le Comité de l'assurance a présenté, sur proposition des sociétés d'assurance, quelques pistes aux accords et conventions, afin de pouvoir respecter les engagements financiers. Les commissions de conventions et les conseils des accords sont demandés de présenter des propositions de corrections structurelles.

Sur proposition du Comité de l'assurance, en attente de la décision des commissions de conventions et des conseils des accords, la masse d'index de santé ou les montants positifs réservés seront gelés à concurrence d'un montant égal à celui pour le secteur des corrections fixées. Les commissions des conventions et les conseils des accords peuvent, en attente de l'exécution définitive de la correction, diminuer temporairement les valeurs clés.

Les commissions des conventions concernées sont demandées de traduire la correction qui leur a été attribuée dans des mesures concrètes et de les transmettre au plus tard le 30 novembre 2017 au Conseil général. Le Conseil général peut rejeter ces propositions, si elle craint ou estime que les recettes budgétaires ne seront pas atteintes, que l'accessibilité financière des soins est affectée ou que la qualité des soins risque de diminuer. Si la proposition n'arrive pas à temps ou n'est pas développée à temps, la correction sera réalisée par le biais d'une réduction de la masse d'index de santé attribuée ou de la diminution des montants réservés. Si ces mesures ne suffisent pas, le Conseil général peut décider lui-même des mesures qui génèrent suffisamment de recettes si l'accessibilité financière des soins est affectée ou que la qualité des soins risque de diminuer.

En ce qui concerne les médicaments, la ministre signale que la dérogation en 2018 des évaluations techniques de septembre 2017 par rapport à la trajectoire budgétaire, comme reprise dans le futur pacte pour le patient avec l'industrie pharmaceutique, s'élève à

industrie, 183,846 miljoen euro bedraagt. Dit bedrag werd ook opgenomen in het begrotingsvoorstel dat het Verzekeringscomité op 2 oktober 2017 heeft goedgekeurd. Het Verzekeringscomité heeft voorgesteld deze inspanning te verhogen met 4 miljoen euro. De regering bekrachtigt dit voorstel van het Verzekeringscomité en stelt de inspanning van de farmaceutische industrie voor 2018 vast op 187,846 miljoen euro.

Groeinorm

Verschillende leden waren bezorgd dat de groeinorm te laag zou zijn en dat de patiënt daar de dupe van zou worden. De minister wenst daarom te verduidelijken dat de groeinorm deze is zoals vastgesteld in het meerjarig budgettair kader dat de regering in oktober 2014 heeft vastgesteld. Het gebruik van de groeinorm leidt ertoe dat de uitgaven in 2018 kunnen stijgen met 688,097 miljoen euro (inclusief index). In totaal stijgen de uitgaven met 813,7 miljoen euro in 2018. Dat is een stijging van 2,85 %. Het nieuwe beleid inzake de psychologen (22,5 miljoen euro) en het sociaal akkoord (25 miljoen euro) dienen nog aan dat bedrag te worden toegevoegd. De maatregelen zijn uitdrukkelijk zo ontworpen dat patiënten er niet door worden geraakt. Het gaat dus net om een forse stijging van de uitgaven, en dat in budgettair moeilijke tijden.

Ook in het kader van de farma-maatregelen wordt de patiënt niet geraakt. Er wordt niet getoverd met bedragen of benaderingen: het budget voor geneesmiddelen is vastgesteld op het bedrag dat op 2 oktober 2017 door het Verzekeringscomité werd voorgesteld.

De opgenomen maatregelen betreffen een besparing van 187,85 miljoen euro in 2018 en op kruissnelheid 189,75 miljoen euro. Binnen die besparing is er geen sprake van een "verschil van 89 miljoen euro". De maatregelen zullen voor een opbrengst van 187,85 miljoen euro in 2018 zorgen. Er zal op niets of niemand extra worden bespaard. Ook het Rekenhof gaat in zijn verslag akkoord met de raming van de opbrengst.

De minister wenst te antwoorden op de opmerkingen inzake artikel 81-geneesmiddelen in het verslag van het Rekenhof. Zij merkt op dat geneesmiddelen ook voor sommige indicaties in de art. 81-conventie vervat kunnen zitten, en voor andere indicaties niet. In de cijfers van het Rekenhof is echter de totale uitgave voor het geneesmiddel opgenomen, wat tot een overdreven sterke stijging leidt. De zo verkregen cijfers geven dus een vertekend beeld.

183,846 millions d'euros. Ce montant est également repris tel quel dans la proposition budgétaire qui a été approuvée par le Comité d'assurances du 2 octobre 2017. Le Comité d'assurances a proposé d'augmenter cet effort avec 4 millions d'euros. Le gouvernement ratifie cette proposition du Comité d'assurances et fixe l'effort à l'industrie pharmaceutique en 2018 à 187,846 millions d'euros.

Norme de croissance

Plusieurs membres craignaient que la norme de croissance ne soit trop faible et que le patient en subisse les conséquences. La ministre souhaite dès lors préciser que la norme de croissance est celle qui a été définie dans le cadre budgétaire pluriannuel fixé par le gouvernement en octobre 2014. L'application de la norme de croissance a pour conséquence que les dépenses peuvent augmenter de 688,097 millions d'euros (index inclus) en 2018. Au total, les dépenses augmentent de 813,7 millions d'euros en 2018. C'est une augmentation de 2,85 %. La nouvelle politique relative aux psychologues (22,5 millions d'euros) et l'accord social (25 millions d'euros) doivent encore être ajoutés à ce montant. Les mesures sont expressément conçues de manière à épargner les patients. Il s'agit donc d'une forte augmentation des dépenses, en des temps difficiles sur le plan budgétaire.

Les mesures prises dans le domaine pharmaceutique ne touchent pas non plus le patient. Aucun tour de passe-passe avec des chiffres ou des approches: le budget des médicaments est fixé au montant proposé par le Comité de l'assurance le 2 octobre 2017.

Les mesures mentionnées concernent une économie de 187,85 millions d'euros en 2018, et de 189,75 millions d'euros en vitesse de croisière. Dans le cadre de ces économies, il n'est nullement question d'une "différence de 89 millions d'euros". Les mesures généreront un produit de 187,85 millions d'euros en 2018. Aucun autre poste ou catégorie de personnel ne subira d'économies. Dans son rapport, la Cour des comptes souscrit, elle aussi, à l'estimation des recettes.

La ministre souhaite répondre aux remarques relatives à l'article 81 "médicaments" dans le rapport de la Cour des comptes. Elle précise que des médicaments peuvent faire partie de certaines indications dans les conventions "article 81", et pas d'autres indications. Les chiffres de la Cour des comptes incluent cependant la dépense totale pour le médicament, ce qui entraîne une augmentation exagérément élevée. Les chiffres ainsi obtenus sont donc trompeurs.

Bovendien voert de minister een beleid dat bespaart op de off-patent-markt met het doel de innovatieve geneesmiddelen te kunnen terugbetalen. Deze geneesmiddelen zijn duur en dus is het logisch dat ze een grote hap uit de uitgaven nemen. De minister wil patiënten echter hun zorg niet ontfangen, en is daarom bereid om die hoge prijs te betalen. Ze is er ook niet van overtuigd dat er een alternatief is. In de andere Europese landen ziet men namelijk dezelfde trend en dezelfde prijzen.

Het budgettaire traject uit het toekomstpact wordt ook gerespecteerd door middel van de invoering van andere maatregelen. In de begroting is er in totaal voor 187,85 miljoen euro opbrengst op de farmaceutische specialiteiten opgenomen. Er is ook nauwelijks groei in de budgettaire last. In 2018 ligt de budgettaire last van de Staat minder dan 100 miljoen euro hoger dan in 2011. De Commissie voor Begrotingscontrole stelt dat de gezondheidssector de laatste jaren de laagste uitgavengroei kent van alle sectoren. Deze lage stijging is het gevolg van een succesvol beleid.

De minister beklemtoont ook dat de besparingen niet worden doorgeschoven naar de zorgverstrekkers. Zij volgt het voorstel dat op 2 oktober 2017 door het Verzekeringscomité werd voorgesteld. De zorgverstrekkers zijn zelf met dat voorstel gekomen en hebben het positief gestemd.

Nieuwe tariefakkoorden

Voor het sluiten van de nieuwe tariefakkoorden, respecteert de minister het overlegmodel en geeft zij alle ruimte aan de onderhandelaars om in de schoot van hun respectieve akkoorden en overeenkomstencommissies tot overeenkomsten met de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen te komen. Deze laatste zijn eveneens de vertegenwoordigers van de patiënten, hun leden, en hebben de verantwoordelijkheid om in deze onderhandelingen het belang van de patiënten niet uit het oog te verliezen en te onderhandelen voor kwaliteitsvolle en betaalbare zorg. Alle ideologische strekkingen zijn vertegenwoordigd in deze onderhandelingen.

2. Transversale beleidslijnen

2.1. De patiënt centraal – patiëntenrechtenwet

De minister staat vervolgens stil bij de vraag of de patiëntenrechtenwet moet worden aangepast.

De plus, la ministre mène une politique qui vise à réaliser des économies sur le marché des produits hors brevet dans le but de pouvoir rembourser les médicaments innovants. Ces médicaments sont chers, et il est donc logique qu'ils représentent une grande partie des dépenses. Mais comme la ministre ne veut pas empêcher les patients d'accéder aux soins dont ils ont besoin, elle est prête à payer ce prix élevé. Elle n'est d'ailleurs pas convaincue qu'il y ait une alternative. On observe en effet la même tendance et les mêmes prix dans les autres pays européens.

Le trajet budgétaire du pacte d'avenir sera également respecté grâce à la mise en œuvre d'autres mesures. Un montant total de 187,85 millions d'euros est inscrit au budget au titre de recettes sur les spécialités pharmaceutiques. Par ailleurs, la charge budgétaire augmente à peine. En 2018, la charge budgétaire de l'État a augmenté de moins de 100 millions d'euros par rapport à 2011. Selon la Commission de contrôle budgétaire, le secteur des soins de santé est celui qui a connu la plus faible augmentation de ses dépenses au cours des dernières années. Cette faible hausse est le résultat d'une politique qui porte ses fruits.

La ministre souligne également que les économies réalisées ne seront pas simplement reportées sur les épaules des prestataires de soins. À cet égard, elle suit la proposition formulée le 2 octobre 2017 par le Comité de l'assurance. Les prestataires de soins sont eux-mêmes à l'origine de cette proposition et ont voté en faveur de son adoption.

Nouveaux accords tarifaires

Pour la conclusion des nouveaux accords tarifaires, la ministre respecte le modèle de concertation et donne entière liberté aux négociateurs pour parvenir à des accords avec les représentants des organismes assureurs dans le cadre de leurs conventions et de leurs commissions de conventions respectives. Les représentants des organismes assureurs représentent également les patients, leurs membres, et il est de leur responsabilité de défendre l'intérêt des patients dans ces négociations, de façon à ce qu'ils aient accès à des soins de qualité à un coût abordable. Tous les courants idéologiques sont représentés dans ces négociations.

2. Lignes politiques transversales

2.1. Une place centrale pour le patient – loi relative aux droits du patient

La ministre aborde ensuite la question de savoir si la loi relative aux droits du patient doit être adaptée.

De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bestaat inmiddels 15 jaar.

Uiteraard moet men na 15 jaar de vraag durven stellen of deze wet nog is afgestemd op alle nieuwe evoluties binnen de geneeskunde.

Een eerste modernisering die zich opdringt is deze van het recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier, zoals bedoeld in artikel 9. De wet zou moeten worden aangepast aan het digitale tijdperk, met een verwijzing naar de *Patient Health Viewer* waarmee de patiënt zijn dossier kan raadplegen. De minister meent dat er wel moet worden onderzocht uit welke elementen een patiëntendossier concreet moet bestaan en welke elementen specifiek toegankelijk zullen zijn voor de patiënt. Die laatste vraag wordt besproken in AP10 van het e-Gezondheidsplan.

Een tweede element dat na 15 jaar tegen het licht moet worden gehouden, is het complexe systeem van klachtenafhandeling dat België kent. Klachten kunnen onder de bevoegdheid van de Orde, de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle of het Fonds voor de Medische Ongevallen vallen, of kunnen onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen. Op dit vlak zou de wet dus kunnen worden vereenvoudigd en in overeenstemming worden gebracht met de gevolgen van de 6^e Staatshervorming. De minister hoopt hiertoe deze legislatuur nog een eerste overleg te kunnen hebben met de deelstaten in het kader van de IMC Volksgezondheid. Ze ziet ook een uitbreiding van de rol inzake bemiddeling weggelegd voor de Ordes.

2.1.1. *Microniveau: empowerment van de patiënt*

Uitbreiding interculturele bemiddeling

De interculturele bemiddeling naar Belgisch model is een succes waar internationale interesse voor bestaat. In 2017 zullen het aantal interventies verdubbeld zijn tegenover 2016.

Er wordt nu ook aan de huisartsen de mogelijkheid gegeven om beroep te doen op de interculturele bemiddelaars. Momenteel wordt interculturele bemiddeling ingezet in 65 ziekenhuizen, 74 eerstelijnscentra en 20 medische diensten van FEDASIL.

Gezien het grote succes wordt er nu gezocht naar meer medewerkers, en in het bijzonder voor talen als het Farsi. Naar aanleiding van het recente begeleidingscomité (10/11/17) van het Witboek, werd afgesproken dat de organisatie aanbevelingen zou formuleren voor de voortzetting en verdere verbetering van het project.

Cela fait maintenant 15 ans que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient existe.

Il va de soi qu'après 15 ans, il faut oser se demander si cette loi répond encore à toutes les nouvelles évolutions au sein de la médecine.

Une première modernisation qui s'impose concerne le droit à un dossier de patient soigneusement tenu à jour visé par l'article 9. La loi devrait être adaptée à l'époque numérique et devrait faire référence au *Patient Health Viewer*, qui permet au patient de consulter son dossier. La ministre estime qu'il convient d'examiner quels éléments concrets doit contenir un dossier de patient et quels éléments seront spécifiquement accessibles au patient. Cette dernière question est abordée au point d'action 10 du plan e-Santé.

Un second élément qu'il convient d'examiner au bout de 15 ans est le système complexe de traitement des plaintes que connaît la Belgique. Les plaintes peuvent relever de la compétence de l'Ordre, du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou du Fonds des accidents médicaux, ou encore relever de la compétence des entités fédérées. Sur ce plan, la loi pourrait donc être simplifiée et mise en adéquation avec les conséquences de la sixième réforme de l'État. La ministre espère pouvoir mener une première concertation à ce sujet avec les entités fédérées au cours de l'actuelle législature dans le cadre de la CIM Santé publique. Elle pense aussi que le rôle des Ordres en matière de médiation pourrait être élargi.

2.1.1. *Niveau micro: empowerment du patient*

Extension de la médiation interculturelle

La médiation interculturelle selon le modèle belge est un succès qui suscite un intérêt international. En 2017, le nombre d'interventions aura doublé par rapport à 2016.

Les médecins généralistes ont désormais également la possibilité de faire appel à des médiateurs interculturels. À l'heure actuelle, la médiation interculturelle se pratique dans 65 hôpitaux, 74 centres de première ligne et 20 services médicaux de FEDASIL.

Vu l'énorme succès que remporte cette initiative, on recherche actuellement de nouveaux collaborateurs, notamment pour des langues comme le farsi. Lors d'une réunion récente du comité d'accompagnement du Livre blanc (10/11/2017), il a été décidé que l'organisation formulerait des recommandations pour la poursuite et l'amélioration du projet.

2.1.2. *Recht van de patiënt op informatie: personal health viewer*

Sommige leden hebben om een demonstratie van de *personal health viewer* gevraagd. Op 21 november heeft een eerste demonstratie ervan plaatsgehad op de beleidscel Volksgezondheid. Na een evaluatie zal de beleidscel kunnen oordelen wanneer de *Patient Health Viewer* wordt uitgebracht en wanneer de uitrol ervan kan gebeuren. Het doel is om de applicatie tegen het einde van het eerste kwartaal 2018 *online* te zetten. Daar moet nog een mededeling over worden gedaan.

2.2. *Evidence based policy and practice*

2.2.1. *Meerjarenkader Evidence Based Practice*

De minister wenst het EBP-plan toe te lichten. In eerste instantie is het plan gericht op de eerstelijnsgezondheidszorg, later kan het worden uitgebreid naar de tweede lijn.

De operationalisering van het EBP-plan gebeurt aan de hand van de EBP-cyclus. Deze cyclus omvat zes fasen. In de eerste fase worden de prioriteiten bepaald, samen met alle betrokken administraties. Dan wordt er overgaan tot de tweede fase, namelijk de ontwikkeling. Het ontwikkelde materiaal, bijvoorbeeld de richtlijnen, moeten vervolgens worden gevalideerd. Dat is de derde fase. In de vierde fase, de disseminatiefase, moet deze informatie worden verspreid. Maar disseminatie op zich is onvoldoende. Er moet, in de vijfde fase, ook worden ingezet op echte implementatie, werkelijke gedragsverandering in de praktijk. Vervolgens wordt het volledige proces geëvalueerd. Daarna kan de cyclus opnieuw beginnen. Voor elk van de zes fasen duidt het plan een vaste EBP-partner aan. Daarbij gaat de voorkeur uit naar bestaande organisaties die de nodige expertise in huis hebben. Voor bepaalde fasen is er nog geen vaste partner aangeduid, bijvoorbeeld voor de fase implementatie. Dit zal in 2018 gebeuren, op basis van het tweede deel van de KCE-studie.

Voor de vaste EBP-partners wordt een meerjarenkader opgemaakt, met een meerjarige financiering bij het RIZIV, naar analogie met het bestaande meerjarenkader.

Naast de vaste EBP-partners, zijn er per fase ook *EBP-project partners*. Afhankelijk van de prioriteiten zullen er *ad hoc*-projecten worden uitgeschreven waarop de verschillende *EBP-project partners* kunnen intekenen. De projecten zullen worden gefinancierd via

2.1.2. *Le droit à l'information du patient: personal health viewer*

Certains membres avaient demandé une démonstration du *personal health viewer*. Le 21/11, une première démonstration du "*Patient Health Viewer*" a eu lieu au sein de la Cellule stratégique Santé Publique. Après une évaluation, la Cellule stratégique pourra estimer quand on pourra exporter le *Patient Health Viewer* et en poursuivre le déploiement. L'objectif est de mettre l'application en ligne à la fin du 1^{er} trimestre 2018. Une communication à ce sujet doit encore être mise en place.

2.2. *Evidence based policy and practice*

2.2.1. *Cadre pluriannuel Evidence Based Practice*

Le ministre souhaite commenter le plan EBP. S'il est avant tout axé sur les soins de santé de première ligne, ce plan pourra être étendu ultérieurement à la deuxième ligne.

L'opérationnalisation du plan EBP se fait par le cycle EBP. Ce cycle comprend six phases. Au cours de la première phase, on établit les priorités en concertation avec toutes les administrations concernées. On passe ensuite à la deuxième phase, qui est le développement. Le produit de ce développement, par exemple les directives, doit ensuite être validé. C'est la troisième phase. Au cours de la quatrième phase, la phase de dissémination, les informations doivent être diffusées. Mais la dissémination en soi ne suffit pas. Il faut également veiller – c'est la cinquième phase – à ce que les directives soient implémentées et induisent un véritable changement de comportement dans la pratique. Enfin intervient une évaluation du processus dans son ensemble. Après, le cycle peut recommencer. Pour chacune de ces six phases, le plan désigne un partenaire EBP attitré, la préférence étant accordée à des organisations existantes qui disposent de l'expertise requise. Pour certaines phases, comme l'implémentation, aucun partenaire attitré n'a encore été désigné. Cette désignation interviendra en 2018 sur la base du deuxième volet de l'étude KCE.

Un cadre pluriannuel assorti d'un financement pluriannuel de l'INAMI sera établi pour les partenaires EBP permanents, par analogie avec le cadre pluriannuel existant.

Outre les partenaires EBP permanents, il existera également, pour chaque phase, des partenaires EBP par projet. En fonction des priorités, des projets *ad hoc* seront élaborés. Les différents partenaires du EBP pourront y souscrire. Ces projets seront financés par

de FOD Volksgezondheid. De vaste EBP-partners en de *EBP-project partners* zullen nauw samenwerken.

De strategische leiding van het EBP-plan is toegevoegd aan de EBP-Stuurgroep, die is samengesteld uit vertegenwoordigers van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV, het FAGG, het KCE en de beleidscel Volksgezondheid.

De tactische en operationele aansturing van het EBP-plan zal in de toekomst gebeuren door de *Network Administrative Organisation*, of de NAO. Dat is een onafhankelijke organisatie die geen belangenconflicten met de andere partners van het netwerk kan hebben. De oprichting van deze NAO is voorzien in 2019. In afwachting daarvan zal het KCE de aansturing op zich nemen.

De EBP-Stuurgroep en de NAO worden geadviseerd door het EBP-Adviescomité waarin verschillende stakeholders vertegenwoordigd zijn. Dit comité wordt in 2018 samengesteld.

De doelgroep van het EBP-plan is in de eerste plaats de gezondheidszorgverleners.

De patiënten en hun omgeving zijn uiteraard ook een belangrijke stakeholder. Zij zullen *evidence based* zorg krijgen, waarbij rekening wordt gehouden met hun voorkeuren. Daarnaast worden zij ook betrokken bij de bepaling van de prioriteiten en bij de ontwikkeling van richtlijnen.

Het EBP-plan voorziet naast de EBP-cyclus (met vaste en project partners) een aparte pijler voor de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie.

Het plan bundelt voortaan alle activiteiten in het kader van de onafhankelijke geneesmiddeleninformatie en duidt hiervoor één vaste partner aan, die gefinancierd wordt via het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (BCFI).

Farmaka

De minister bevestigt dat de bezoeken aan artsen door Farmaka zijn stopgezet. De binnen Farmaka ontwikkelde wetenschappelijke expertise blijft echter behouden en wordt ingebed in het BCFI. Het door Farmaka geleverde wetenschappelijk werk, dat de gebruikers uiterst nuttig vinden, blijft dus behouden.

In december 2017 zal het KCE het tweede deel van de EBP-studie bezorgen; daarin wordt de uitvoering van de EBP gedetailleerder uitgelegd. Op basis van de bij

l'intermédiaire du SPF Santé publique. Les partenaires EBP permanents et les partenaires des projets EBP travailleront en étroite collaboration.

La direction stratégique du plan EBP a été confiée au groupe de pilotage EBP, composé de représentants du SPF Santé Publique, de l'INAMI, de l'AFMPS, du KCE et de la cellule stratégique Santé Publique.

La gestion tactique et opérationnelle du plan EBP sera assurée à l'avenir par la *Network Administrative Organisation* ou NAO. Il s'agira d'une organisation indépendante qui ne pourra pas avoir de conflits d'intérêts avec les autres partenaires du réseau. La création de la NAO est prévue pour 2019. Entre-temps, le KCE assurera la direction.

Le groupe de pilotage EBP et la NAO seront conseillés par le comité consultatif EBP, au sein duquel les diverses parties prenantes seront représentées. Ce comité sera constitué en 2018.

Le groupe cible du plan EBP est principalement constitué des prestataires de soins de santé.

Les patients et leur environnement sont bien entendu également des acteurs importants. Ils recevront des soins fondés sur des données probantes mais il sera tenu compte de leurs préférences. En outre, ils seront également associés à l'établissement des priorités et à l'élaboration des lignes directrices.

En plus du cycle EBP (associant des partenaires fixes et des partenaires par projet), le plan EBP prévoit un pilier distinct pour l'information indépendante sur les médicaments.

Désormais, ce plan regroupera l'ensemble des activités d'information indépendante sur les médicaments et désignera un seul partenaire permanent à cet effet, financé par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Farmaka

La ministre confirme que les visites médicales effectuées par Farmaka sont arrêtées. Néanmoins, l'expertise scientifique qui a été développée au sein de Farmaka est maintenue et intégrée au BCFI. Le travail scientifique effectué par Farmaka, estimé de grande utilité par les utilisateurs, est donc maintenu.

En décembre 2017, le KCE livrera la seconde partie de l'étude EBP, où on explique plus en détail l'implémentation du EBP. Sur base de l'expertise qui a été

Farmaka en het BCFI opgebouwde expertise, alsook op basis van het tweede deel van de KCE-studie, zullen de bezoeken aan artsen worden vervangen door een efficiëntere aanpak om de artsen onafhankelijke informatie over de geneesmiddelen te bezorgen.

De minister geeft aan dat de initiatieven in het kader van de BAPCOC behouden blijven. Zij zal in 2018 blijven investeren in een op feiten gebaseerd beleid inzake antibiotica.

Nudging

Er werd gevraagd hoe *nudging* binnen de uitvoering van het EBP-plan paste. Voor de uitwerking van het EBP-plan werd een studie aangevraagd bij het KCE, waarvan in juli 2017 het eerste deel werd opgeleverd. In december 2017 zal het KCE het tweede deel van de studie opleveren. Dit tweede deel zal dieper ingaan op de implementatie en evaluatie van EBP en zal als basis dienen voor de uitwerking van het luik implementatie. *Nudging* is een techniek die binnen dat luik aan bod zal komen.

Gezondheidsdoelstellingen

Het thema van de gezondheidsdoelstellingen werd door de minister reeds grondig bestudeerd.

Na vele discussies in de IKW met de deelstaten, vroeg de minister aan het KCE om een studie te maken om een methodologie vast te leggen voor het formuleren van federale gezondheidsdoelstellingen. De studie diende ook een overzicht te geven van de doelstellingen waartoe België zich reeds internationaal had geëngageerd en van de doelstellingen die reeds in het federaal en regionaal beleid waren geïntegreerd. Het resultaat werd in oktober gepubliceerd in het KCE rapport 292. Uit het rapport blijkt dat er zowel internationale als federale gezondheidsdoelstellingen werden bepaald.

Op 23/11/17 heeft de Europese Commissie, in samenwerking met de OESO en de *European observatory*, de landenprofielen gepubliceerd. Het betreft een analyse van de volksgezondheid en gezondheidszorgsystemen in de Europese lidstaten.

Voor België is één van de belangrijkste vaststellingen dat er grote gezondheidsverschillen bestaan naar socio-economische status. Deze ongelijkheden zijn grotendeels te wijten aan een grotere prevalentie van risicofactoren bij mensen met een lage opleiding of laag inkomen, waaronder een hoger percentage aan rokers, buitensporig alcoholgebruik en obesitas. Een belangrijke uitdaging voor het volksgezondheidsbeleid is het vinden van innovatieve manieren om deze

créée chez Farmaka et BCFI et sur base de la seconde partie de l'étude KCE, une approche plus efficace sera adoptée en remplacement des visites médicales, afin de fournir aux médecins une information indépendante sur les médicaments.

La ministre voudrait signaler que les initiatives dans le cadre de Bapcoc sont maintenues. En 2018, elle continuera à investir dans la politique factuelle sur les antibiotiques.

Nudging

Il a été demandé comment la notion de *nudging* s'inscrivait dans le cadre de l'exécution du plan EBP. L'élaboration du plan EBP fait l'objet d'une étude dont le KCE a été chargé. La première partie a été fournie en juillet 2017; la seconde le sera en décembre 2017. Cette seconde partie approfondira la mise en œuvre et l'évaluation de l'EBP et servira de base à l'élaboration du volet sur la mise en œuvre. Le *nudging* est une technique qui sera abordée dans ce volet.

Objectifs en matière de soins de santé

Le thème des objectifs en matière de soins de santé a déjà été étudié de manière approfondie par la ministre.

Après de nombreuses discussions au sein des GTI avec les entités fédérées, la ministre a demandé au KCE de réaliser une étude en vue de définir une méthodologie pour la formulation des objectifs fédéraux en matière de soins de santé. L'étude devait aussi fournir un aperçu des objectifs auxquels la Belgique s'est déjà engagée au niveau international et des objectifs déjà intégrés dans la politique fédérale et régionale. Le résultat a été publié en octobre dans le rapport 292 du KCE. Il ressort du rapport que des objectifs en matière de soins de santé ont été fixés tant au niveau international que fédéral.

Le 23/11/17, la Commission européenne a publié les profils par pays en coopération avec l'OCDE et l'*European observatory*. Il s'agit d'une analyse de la santé publique et des systèmes de soins de santé dans les États membres européens.

En ce qui concerne la Belgique, l'une des principales constatations est qu'il existe de grandes différences en matière de soins de santé en fonction du statut socio-économique. Ces inégalités sont dues en grande partie à une plus grande prévalence de facteurs de risques chez les personnes à faible niveau d'instruction ou à bas revenus, qui comptent notamment un pourcentage plus élevé de fumeurs et de personnes souffrant d'alcoolisme et d'obésité. Un défi important pour la politique de

achtergestelde groepen doeltreffend te bereiken. Een aanpak van deze risicofactoren vereist niet alleen alomvattende strategieën maar ook een sterke samenwerking, zowel tussen de verschillende sectoren als tussen de regeringen van de drie gemeenschappen. Daarom zal het overleg met de gemeenschappen nieuw leven moeten worden ingeblazen. Alle overheden hebben immers hetzelfde doel voor ogen, namelijk de gezondheid van de Belgische burger nog meer te verbeteren.

WIV Gezondheidsenquête

De minister deelt mee dat zij op basis van de gezondheidsenquête van 2013 over gegevens beschikt met betrekking tot mantelzorg in België.

Begin mei 2015 communiceerde het WIV de volgende conclusie in de media: “Ongeveer 860 000 mensen in België doen aan mantelzorg, dat wil zeggen dat ze een zorgbehoevende naaste verzorgen. De uren die zij in die mantelzorg steken, vertegenwoordigen meer dan 150 000 voltijdse banen.” Het gedetailleerd rapport staat op de website: <https://his.wiv-isp.be>.

De introductie van de module mantelzorg in de gezondheidsenquête zorgt ervoor dat alle lidstaten dezelfde vragenlijst gebruiken voor mantelzorg. De editie van 2018 zal het thema mantelzorg hernemen, maar er worden twee kleine wijzigingen aangebracht ter optimalisatie van de enquête en om de enquête meer in overeenstemming met de *European Health Interview Survey* te brengen.

2.3. De medische beeldvorming

De audit inzake de medische beeldvorming is al goed gevorderd. Hij had al klaar moeten zijn, maar de Dienst Geneeskundige Controle en Evaluatie (DGEC) van het RIZIV kreeg te maken met de eeuwige afweging tussen stiptheid en de kwaliteit van de door de verzekeringsmaatschappijen aan te leveren gegevens. Men is momenteel bezig met het updaten van de cijfers. De DGEC heeft beloofd om tegen eind 2017 alles af te werken. Een en ander betekent niet dat ondertussen geen vooruitgang wordt geboekt. Een werkgroep met vertegenwoordigers van de deelstaten, de betrokken overheidsdiensten en de beroepsgroep van de radiologen heeft reeds kennisgenomen van de voorlopige cijfers.

In het protocolakkoord van 24 februari 2014 staan twee belangrijke beginselen. De capaciteitsuitbreiding van de NMR-toestellen moet budgettair neutraal zijn. Bovendien moeten de CT-scans (waarbij de patiënt

santé publique est de trouver des manières innovantes d'atteindre efficacement ces groupes désavantagés. Une approche de ces facteurs de risques nécessite non seulement des stratégies globales, mais aussi une collaboration solide, tant entre les différents secteurs qu'entre les gouvernements des trois communautés. C'est pourquoi la concertation avec les communautés devra être renforcée. Tous les pouvoirs publics poursuivent en effet le même objectif, à savoir d'encore améliorer la santé du citoyen belge.

Enquête de santé de l'ISP

La ministre affirme qu'elle dispose, sur la base de l'enquête de santé de 2013, de chiffres relatifs aux soins de proximité en Belgique.

Au début de 2015, l'ISP a communiqué dans les médias la conclusion suivante: “Environ 600 000 personnes prodiguent des soins de proximité en Belgique, c'est-à-dire qu'ils aident un proche qui nécessite des soins. Les heures qu'ils consacrent à cette aide de proximité représentent plus de 150 000 emplois à temps plein.” (traduction). Le rapport détaillé est à consulter sur le site internet <https://his.wiv-isp.be>.

L'introduction du module “soins de proximité” dans l'enquête de santé implique que tous les États membres utilisent le même questionnaire pour les soins de proximité. L'édition de 2018 reprendra le thème des soins de proximité, mais deux légères modifications y seront apportées pour optimiser l'enquête et la conformer davantage à l'Enquête européenne par entretien sur la santé.

2.3. L'imagerie médicale

L'audit concernant l'imagerie médicale a déjà bien avancé. Il aurait dû être finalisé, mais le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI a été confronté à un vieux débat: la ponctualité et la qualité des données que les sociétés d'assurances doivent délivrer. Actuellement, on est en train de mettre à jour les chiffres. Le SECM s'est engagé de tout finaliser pour la fin 2017. Cela ne signifie pas qu'entretemps les choses n'avancent pas. Un groupe de travail avec des représentants des entités fédérées, les administrations concernées et la catégorie professionnelle des radiologues a déjà pris connaissance des chiffres provisoires.

Deux principes importants sont inscrits dans le protocole d'accord du 24 février 2014. L'extension de la capacité des appareils RMN doit être budgétairement neutre. En outre, un remplacement des examens CT

wordt bestraald), worden vervangen door NMR-onderzoeken; omtrent dergelijke onderzoeken blijkt immers dat in de ziekenhuizen die een eerste NMR-toestel hebben kunnen plaatsen, er een verschuiving is van CT-onderzoek naar NMR-onderzoek.

Het is echter belangrijk op te merken dat de RIZIV-cijfers aantonen dat het totale aantal uitgevoerde CT-onderzoeken jaar na jaar aanzienlijk blijft toenemen. In het klasement betreffende de bestraling van de bevolking door medische toepassingen blijft België trouwens een ongunstige plaats bekleden. Om een daadwerkelijke verandering teweeg te brengen zal het duidelijk niet volstaan om eenvoudigweg het aantal NMR-toestellen te verhogen.

De minister wenst nog toe te voegen dat het inderdaad zo is dat het RIZIV het kadaster dat door de FOD Volksgezondheid wordt bijgehouden als bron gebruikt om facturatienummers toe te kennen aan zware medische apparatuur. De RIZIV-regelgeving bepaalt dat enkel erkende en geprogrammeerde toestellen in aanmerking komen voor een facturatienummer en dus voor terugbetaling van de onderzoeken. Het kadaster bevat ook toestellen die niet erkend zijn of niet in de programmatie passen. Deze krijgen uiteraard geen facturatienummer.

De Raad van State heeft de planningsvergunningen van de 7 bijkomende Vlaamse toestellen vernietigd, maar niet de erkenningen. Er is dus geen impact van deze arresten op federaal niveau omdat er op federaal niveau enkel juridische gevolgen verbonden worden aan erkenningsbeslissingen. Het RIZIV blijft dus de onderzoeken door de betrokken toestellen terugbetalen.

Er werd terecht opgemerkt dat de problematiek van de stralingsbelasting gelinkt is aan CT-scanners en niet aan NMR-toestellen. Er zullen dan ook doeltreffende maatregelen moeten worden genomen om het CT-gebruik terug te dringen. De minister is van plan het dossier van de medische beeldvorming globaal te benaderen, waarbij ook de CT-capaciteit mee in ogenschouw wordt genomen.

Voortgaand op het thema van de medische beeldvorming, merkt de minister op dat het elektronisch voorschrift binnen de radiologie geen doel is maar een middel. Het elektronisch voorschrift zal toelaten om een tool voor beslissingsondersteuning voor de voorschrijvers uit te rollen. Het doel is namelijk om een situatie te bereiken waarin zoveel mogelijk het meest aangewezen onderzoek uitgevoerd wordt, gebaseerd op EBM-richtlijnen. Die doelstelling kan pas bereikt worden als ook de voorschrijvers worden gesensibiliseerd. Het

irradiants par des examens RMN doit avoir lieu. En ce qui concerne ces derniers, il semble en effet que dans les hôpitaux qui ont pu installer un premier appareil RMN, un glissement des examens CT vers les examens RMN soit observé.

Il est toutefois important de remarquer que les chiffres de l'INAMI montrent que le nombre total d'exams CT réalisés augmente encore chaque année dans une mesure non négligeable. Par ailleurs, la Belgique continue à mal se positionner dans le classement relatif à l'irradiation de la population par des applications médicales. Clairement, il ne suffira pas de simplement étendre le parc RMN pour entraîner un changement véritable.

La ministre ajoute encore qu'en effet, l'INAMI utilise le cadastre tenu par le SPF Santé publique comme source pour attribuer des numéros de facturation à l'appareillage médical lourd. La réglementation de l'INAMI prévoit que seuls les appareils agréés et programmés peuvent prétendre à un numéro de facturation et, partant, à un remboursement des examens. Le cadastre contient également des appareils qui ne sont pas agréés ou ne s'inscrivent pas dans la programmation. Ceux-ci ne reçoivent évidemment pas de numéro de facturation.

Le Conseil d'État a annulé les autorisations de programmation des 7 appareils flamands supplémentaires, mais pas les agréments. Ces arrêts n'ont donc aucune incidence au niveau fédéral, puisqu'à ce niveau, seules les décisions d'agrément ont des conséquences juridiques. L'INAMI continue donc à rembourser les examens réalisés au moyen des appareils concernés.

Il est souligné à juste titre que la problématique de la charge d'irradiation est liée aux CT scanners, et non aux appareils IRM. Des mesures efficaces devront donc être prises pour réduire l'utilisation des CT scans. La ministre a l'intention de revoir en profondeur le dossier de l'imagerie médicale, en examinant notamment la capacité CT.

S'agissant toujours d'imagerie médicale, la ministre fait observer que la prescription électronique en radiologie n'est pas un objectif, mais un moyen. La prescription électronique permettra le déploiement d'un outil de soutien décisionnel pour les prescripteurs. L'objectif est en effet d'arriver à une situation dans laquelle c'est autant que possible l'examen le plus indiqué est qui est réalisé, sur la base de directives EBM. Cet objectif ne peut être atteint que si les prescripteurs sont, eux aussi, sensibilisés. Le droit de substitution pour le radiologue,

substitutierecht voor de radioloog, dat nu reeds enkele jaren bestaat, blijkt niet te volstaan om “verkeerde” voorschriften bij te sturen.

In verband met de opgemerkte contradictie tussen de uitbreiding van de NMR-capaciteit en de besparingen binnen de sector, geeft de minister toe dat de medische beeldvorming een sector is die heel regelmatig met budgetoverschrijdingen wordt geconfronteerd. De radiologen pleiten dan ook zelf voor maatregelen om tot een correcter gebruik van beeldvorming te komen, zowel wat betreft het aantal uitgevoerde onderzoeken als wat betreft de uitvoering van het juiste onderzoek. Zo willen ze vermijden om telkens te worden geconfronteerd met lineaire maatregelen binnen hun budget. Daarom zal er gezocht worden naar mogelijkheden om de uitbreiding van de NMR-capaciteit op een budgetneutrale manier door te voeren. Dat zal echter een enorme uitdaging worden.

Tot slot geeft de minister enige uitleg over de wachttijden voor een NMR-onderzoek. De DGEC heeft ook dat aspect in zijn enquête opgenomen. De ziekenhuizen hebben een gemiddelde wachttijd van ongeveer 6 weken. Dringende gevallen zijn daarbij uiteraard niet inbegrepen.

Er bestaan echter enkele uitzonderingen, en daar is de termijn korter of langer. Er zijn ziekenhuizen waar de wachttijd meer dan tien weken bedraagt, maar er zijn ook ziekenhuizen waar men maar één tot twee weken moet wachten. Een uitbreiding van de capaciteit is dan ook niet de ultieme oplossing. Het optimaal gebruik van de al beschikbare capaciteit zou nog moeten worden verbeterd. Men heeft vastgesteld dat er nogal wat verschillen zijn inzake de openingsuren van de NMR-toestellen.

2.4. Antibiotica en de strijd tegen infecties

Inzake de overconsumptie van antibiotica meent de minister dat geen vermindering van de consumptie kan worden vastgesteld omdat de van mei daterende wijziging van de terugbetalingscategorie te recent is. Bij antibiotica is de apotheker verplicht om een vervanging toe te passen; in 100 % van de gevallen wordt aldus een goedkoper alternatief afgeleverd.

De artsen worden nu reeds betrokken bij het streven naar een verstandig antibioticabeleid.

Het RIZIV sensibiliseert de artsen door het periodiek verspreiden van de voorschrijfprofielen. Zo kunnen artsen zich *benchmarken* met de praktijk en met

qui existe depuis quelques années déjà, ne semble pas suffire pour corriger les prescriptions “erronées”.

En ce qui concerne la contradiction relevée entre l’extension de la capacité RMN et les économies dans le secteur, la ministre admet que l’imagerie médicale est un secteur très régulièrement confronté à des dépassements budgétaires. Aussi les radiologues plaident-ils eux-mêmes en faveur de mesures permettant un usage plus correct de l’imagerie, en ce qui concerne tant le nombre d’examens effectués que la réalisation de l’examen approprié. Ils souhaitent ainsi éviter d’être à chaque fois confrontés à des mesures budgétaires linéaires. C’est la raison pour laquelle on cherchera les moyens d’étendre la capacité RMN de manière neutre en termes budgétaires. Cela constituera toutefois un énorme défi.

Finalement, la ministre donne un petit mot d’explication sur les temps d’attente pour un examen RMN. Le SCÉM a également repris cet aspect dans son enquête. Le temps d’attente en moyenne par hôpital tourne autour de 6 semaines. Des cas d’urgence ne sont bien entendus pas compris.

Cependant, il y a quelques exceptions, aussi bien vers le haut que vers le bas. Il y a des hôpitaux où le temps d’attente est de plus de 10 semaines, mais il y a aussi des hôpitaux où ce n’est que 1 à 2 semaines. Une extension de la capacité n’est donc pas la solution ultime. On devra encore améliorer l’utilisation optimale de la capacité qui est déjà disponible. On a constaté pas mal de différences dans les heures d’ouverture des machines RMN.

2.4. Les antibiotiques et la lutte contre les infections

Concernant la surconsommation des antibiotiques, la ministre considère que la modification de la catégorie de remboursement en mai est trop récente pour pouvoir montrer une réduction de la consommation. Pour les antibiotiques, le pharmacien a l’obligation d’appliquer une substitution et dans 100 % des cas, une alternative meilleur marché est ainsi délivrée.

Les médecins sont d’ores et déjà associés à la recherche d’une politique judicieuse en matière d’antibiotiques.

L’INAMI sensibilise les médecins en diffusant périodiquement les profils de prescription. Les médecins peuvent ainsi se situer par rapport à la pratique et

de aanbevelingen van het *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*.

Daarnaast is de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen bezig met een dossier om de terugbetaling van quinolones, ook in de eerste lijn, aan strengere voorwaarden te onderwerpen. Ze zullen worden ondergebracht in het “Hoofdstuk IV” van de terugbetaling. Een mogelijke maatregel kan erin bestaan dat een *a priori* omschrijving van de indicatie wordt gevraagd alvorens een terugbetaling te kunnen genieten. Dergelijke maatregel kan ertoe bijdragen dat artsen gemotiveerd zullen worden om de keuze voor deze molecule goed te overwegen.

Verder zal er ook nog moeten worden gewerkt aan opleidingen over antibioticagebruik, zowel in de basisopleiding als in de continue nascholing.

Ten slotte is er net een studie over het beleid inzake antibiotica gestart bij het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Er wordt een inventaris gemaakt van alle bestaande en lopende initiatieven inzake het voorschrijven van antibiotica. Het doel is om te komen tot een systeemanalyse, met aandacht voor determinanten om een antibioticumvoorschrift af te leveren. In de therapeutische relatie tussen arts en patiënt speelt immers niet alleen de medische vaststelling maar ook het verwachtingspatroon van de patiënt mee in de besluitvorming om een voorschrift mee te geven.

De verplichte registratie van antibioticagebruik in de diergeneeskunde wordt nauw opgevolgd door de minister, in samenwerking met de minister van Landbouw. De bedoeling is om veel gericht aan sensibilisering te gaan doen, aangezien men over gegevens per bedrijf en per dierenarts zal beschikken.

Op dit moment zijn er nog niet voldoende substantiële data voorhanden in het systeem om de *outliers* te identificeren. Op het einde van het eerste trimester van 2018 zal dat wel mogelijk worden. In de huidige fase controleren de inspectiediensten van Volksgezondheid vooral of de registratie goed gebeurt, zodat de data betrouwbaar zijn.

3.1. Preventie gezondheidszorg

Protocolakkoord

De minister wenst dit hoofdstuk te beginnen met een stand van zaken van de uitvoering van het protocolakkoord.

aux recommandations du *Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee*.

Par ailleurs, la Commission de remboursement des médicaments travaille sur un dossier visant à durcir les conditions de remboursement de quinolones, même en première ligne. Ils seront intégrés dans le “Chapitre IV” des remboursements. Une mesure éventuelle pourrait consister à demander une description *a priori* de l'indication avant de pouvoir bénéficier d'un remboursement. Une telle mesure peut faire en sorte que les médecins soient incités à bien réfléchir au choix de cette molécule.

Par ailleurs, il faudra poursuivre la mise au point de formations en matière d'utilisation d'antibiotiques, à la fois dans le cadre de la formation de base et dans celui de la formation continuée.

Enfin, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé vient de lancer une étude sur la politique en matière d'antibiotiques. L'idée est de dresser un inventaire de toutes les initiatives existantes et en cours en rapport avec la prescription d'antibiotiques. L'objectif de cette étude est de réaliser une analyse systémique des éléments qui jouent un rôle dans la délivrance d'une prescription d'antibiotiques. Dans le cadre de la relation thérapeutique, la décision de délivrer une prescription est en effet déterminée non seulement pas le diagnostic médical, mais aussi par les attentes du patient.

L'enregistrement obligatoire de l'utilisation d'antibiotiques en médecine vétérinaire fait également l'objet d'un suivi attentif de la part de la ministre, et ce, en collaboration avec le ministre de l'Agriculture. L'idée est de réaliser un travail de sensibilisation beaucoup plus ciblé, étant donné qu'on disposera de données par entreprise et par vétérinaire.

À l'heure actuelle, le système ne comporte pas encore assez de données substantielles pour identifier les *outliers*, mais à partir du premier trimestre 2018, ce sera possible. Au stade actuel, les services d'inspection de la Santé publique vérifient surtout si l'enregistrement est effectué correctement, et ce dans le but de garantir la fiabilité des données.

3.1. Soins de santé de prévention

Protocole d'accord

La ministre souhaite ouvrir ce chapitre en faisant d'abord le point sur l'état d'avancement de l'exécution du protocole d'accord.

Om de afspraken die in het protocolakkoord preventie werden gemaakt verder uit te werken, met het oog op de regeling van de technische aspecten en het maken van de beleidskeuzes, werden er per thema van het akkoord van 21 maart 2016 werkgroepen opgericht, samengesteld uit experts van de administraties van de verschillende overheden. Het gaat in totaal om 9 werkgroepen.

In de neonatale screening wordt er voortgang gemaakt op het vlak van de implementatie van mucoviscidose-screening. Het federaal bestuursniveau reserveerde de middelen voor de diagnostiek en opvang volgend op een positieve screeningtest. De federale overheid wenst dus te participeren, maar zegt uitdrukkelijk dat de gehele kost van de primaire screening (IRT-test) ten laste is van de deelstaten, zoals dat al sinds tientallen jaren het geval is voor de andere testen uitgevoerd in het kader van de “hielprik” bij pasgeborenen. Dit onderwerp werd ook besproken op de meest recente IMC. Voorlopig werd er nog geen akkoord bereikt over de verdeling van de financiering met de Franstalige leden van de IMC. De minister heeft vernomen dat de PS nu ook vragende partij is om deze screeningtest te organiseren in het Franstalige landgedeelte. Ze hoopt dan ook dat dit standpunt zich snel zal kunnen vertalen in een akkoord zodat de screening voor het volledige land van start kan gaan.

Voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker, colorectale kanker en baarmoederhalskanker werkt men aan een voorstel over de omschakeling van screening voor baarmoederhalskanker door cytologie naar screening door HPV-test. Die omschakeling werd een eerste maal besproken in de IKW van september 2017. De technische werkgroep dient de budgettaire implicaties van de overschakeling nog te ontwikkelen. Het WIV Kankercentrum staat in voor de coördinatie van de werkzaamheden.

Een voorstel van de technische werkgroep voor de aanpak van rotavirus-vaccinatie werd besproken in de IKW-vergadering van 4 oktober 2017, evenals een voorstel voor een gemeenschappelijke visie voor een zo efficiënt mogelijke financiering van vaccins. Heden bedragen de jaarlijkse uitgaven circa 13 miljoen euro per jaar ten laste van het RIZIV. Omdat het vaccin nog geen deel uitmaakt van de programma's van de deelstaten, dragen zij op dit ogenblik financieel niets bij.

De technische werkgroep mondgezondheid heeft voorstellen onderzocht voor de optimalisering en drem-pelverlaging van de preventieve mondzorg met de focus op personen, en vooral kinderen en jongeren, met een lagere socio-economische status en voor personen met

En vue d'élaborer plus avant les arrangements pris dans le cadre du protocole d'accord en matière de prévention et afin d'en régler les aspects techniques et de faire des choix politiques, des groupes de travail reflétant les différents thèmes de l'accord du 21 mars 2016 ont été constitués. Il s'agit au total de neuf groupes de travail, composés d'experts issus des administrations des différents niveaux de pouvoir.

En ce qui concerne le dépistage néonatal, des progrès sont réalisés dans la mise en œuvre du dépistage de la mucoviscidose. Le niveau fédéral a prévu les ressources nécessaires pour le diagnostic et l'accueil en cas de test de dépistage positif. Le niveau fédéral souhaite donc y participer, mais indique clairement que la totalité du coût du dépistage primaire (test IRT) sera à la charge des entités fédérées, comme cela a été le cas pendant des décennies pour les autres tests effectués dans le cadre de la “piqûre au talon” chez les nouveau-nés. Cette question a également été examinée lors du dernier CIM. Jusqu'à présent, aucun accord n'a été conclu à propos de la répartition du financement avec les membres francophones du CIM. Le ministre a été informé que le PS demande aujourd'hui aussi d'organiser ce test de dépistage dans la partie francophone du pays. Elle espère dès lors que cette position se traduira bientôt par un accord afin que le dépistage puisse commencer dans l'ensemble du pays.

Pour le dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus dans la population, une proposition est en cours de préparation en vue de passer du dépistage du cancer du col de l'utérus par la cytologie au dépistage à l'aide du test PVH. Ce basculement a été discuté pour la première fois au sein du GTI de septembre 2017. Le groupe de travail technique doit encore développer les implications budgétaires de ce basculement. L'ISP Centre du cancer a été chargé de la coordination des travaux.

Une proposition du groupe de travail technique sur l'approche de la vaccination contre le rotavirus a été discutée lors de la réunion du GTI du 4 octobre 2017, ainsi qu'une proposition de vision commune en vue du financement le plus efficace des vaccins. Les dépenses annuelles s'élèvent actuellement à près de 13 millions d'euros par an pour l'INAMI. Étant donné que ce vaccin ne fait pas encore partie des programmes des entités fédérées, elles n'y contribuent pas encore financièrement.

Le groupe de travail technique sur la santé bucco-dentaire a examiné des propositions visant à optimiser ces soins et à réduire le seuil des soins bucco-dentaires préventifs en mettant l'accent sur les milieux socio-économiques les plus faibles, en particulier sur les enfants

bijzondere noden, zoals fragiele ouderen en personen met een beperking.

De groep seksuele gezondheid werkt aan een lijst van prioritaire maatregelen op basis van een stand van zaken van de acties van het hiv-plan. De voorstellen van de technische werkgroep werden voorgelegd aan de IKW in april 2017. Om dubbel werk te vermijden, werd overlegd met het KCE, die een geplande studie over seksuele gezondheid heeft gepresenteerd in de technische werkgroep. De KCE-studie zal uit twee lussen bestaan: enerzijds de ontwikkeling van richtlijnen voor een STI-consult in de eerste lijn, en anderzijds specifieke richtlijnen voor chlamydia, gonorrroe en syfilis.

De technische werkgroep werkt aan een rapport met de stand van zaken van het HCV-plan. Wat betreft de federale bevoegdheden, was de versoepeling van de fibrose-criteria en de toegang tot de nieuwe geneesmiddelen de belangrijkste prioriteit. Intussen is dit ook gerealiseerd.

De toestand van de screening voor tuberculose van asielzoekers en gedetineerden werd ook besproken. De technische werkgroep zal op basis van de voorbereide nota concrete voorstellen uitwerken en ze voorleggen aan de IKW Chronische ziekten. Hierbij worden Asiel en Migratie alsook FOD Justitie nauw betrokken gezien de risicogroepen onder hun respectievelijke bevoegdheid vallen.

Financiering van het protocolakkoord

In verband met de financiering voorzag de bijzondere wetgever dat de deelstaatoverheden deze niet zomaar ten laste kan leggen van de federale overheid. Verder leidt de minister uit de voorbereidende stukken (Senaat 5-2232) af dat de federale overheid de bestaande bevoegdheidsverdeling zal respecteren en geen nieuwe financieringsinstrumenten meer zal uitwerken om deze bevoegdheid onrechtstreeks te betreden. De enige uitzondering hierop zijn de maatregelen van nationale profylaxis.

Ofschoon het akkoord van 21 maart 2016 bepaalt dat de kosten voor de organisatie doorgaans voor de deelstaten zijn en de geneeskundige verstrekkingen ten laste van de verplichte ziekteverzekering, dient dit geval per geval bekeken te worden. Immers, bijvoorbeeld in het kader van screening, dient de medische kost gezien te worden als “een adequate en toegankelijke diagnostiek en behandeling na een afwijkend screeningsresultaat.” Kortom, vanuit de federale overheid zal erop worden

et les jeunes, ainsi que sur les personnes ayant des besoins particuliers, par exemple les personnes âgées fragiles et les personnes handicapées.

Le groupe santé sexuelle travaille à une liste de mesures prioritaires sur la base d'un état de la situation des actions du plan VIH. Les propositions du groupe de travail technique ont été présentées au GTI en avril 2017. En vue d'éviter de faire deux fois le même travail, une concertation a été menée avec le KCE, qui a présenté un projet d'étude sur la santé sexuelle au sein du groupe de travail technique. L'étude du KCE comportera deux volets: d'une part, l'élaboration de directives pour un *STI-consult* dans le cadre des soins de première ligne, et d'autre part, des directives spécifiques pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis.

Le groupe de travail technique travaille à un rapport présentant l'état de la situation du plan VHC. En ce qui concerne les compétences fédérales, l'assouplissement du critère de la fibrose et l'accès aux nouveaux médicaments étaient la principale priorité, qui a entre-temps été réalisée.

La situation du dépistage de la tuberculose chez les demandeurs d'asile et les détenus a également été abordée. Le groupe de travail technique élaborera des propositions concrètes sur la base de la note préparatoire et les présentera au GTI Maladies chroniques. L'Asile et Migration et le SPF Justice y sont étroitement associés, étant donné que les groupes à risques relèvent de leur compétence respective.

Financement du protocole d'accord

En ce qui concerne le financement, le législateur spécial a prévu que les autorités des entités fédérées ne peuvent le faire simplement supporter par l'autorité fédérale. Ensuite, la ministre déduit des travaux préparatoires (Sénat 5-2232) que l'autorité fédérale respectera la répartition des compétences existante et n'élaborera plus de nouveaux instruments de financement en vue d'exercer indirectement cette compétence. La seule exception concerne les mesures de prophylaxie nationale.

Bien que l'accord du 21 mars 2016 prévoie que les coûts relatifs à l'organisation sont généralement supportés par les entités fédérées et que les prestations de santé sont à charge de l'assurance maladie obligatoire, il faut examiner les choses au cas par cas. En effet, dans le cadre du dépistage, par exemple, les frais médicaux doivent être considérés comme un “diagnostic et [un] traitement [adéquats et accessibles] après un résultat anormal au dépistage.” En bref, les autorités fédérales

toegezien dat ook wat financiering betreft de bevoegdheidsverdeling zal worden gerespecteerd.

Hepatitis C

De minister is van mening dat in de eerste plaats de deelstaten moeten afwegen of een screening op hepatitis C al dan niet nuttig is en zo ja, op basis van welke argumenten. In haar beleidsnota stelt de minister geen screening op hepatitis C in uitzicht. Evenmin heeft zij de verbintenisverklaring omtrent de patiëntenvereniging *Carrefour Hépatite – Aide et Contact (CHAC asbl)* ondertekend.

De minister zorgt er daarentegen wel voor dat sinds 1 januari 2017 geneesmiddelen tegen hepatitis C makkelijker te verkrijgen zijn. Voorts heeft zij de terugbetaling van antivirale geneesmiddelen tegen het hepatitis C-virus vergemakkelijkt. Méér patiënten komen in aanmerking voor de geneesmiddelen (daling criteria inzake fibrose) en méér artsen kunnen om terugbetaling verzoeken. Bovendien worden twee nieuwe geneesmiddelen terugbetaald. Die terugbetaling is gebaseerd op wetenschappelijke bewijzen die zijn afgetoetst aan de door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen vastgestelde procedures.

In de strijd tegen hepatitis C kan een belangrijke wetenschappelijke vooruitgang worden vastgesteld. Sinds 2015 worden de nieuwe hepatitis C-behandelingen terugbetaald aan de patiënten met fibrose-score F3 en F4, alsook aan de patiënten in pre- of posttransplantatiebehandeling. De beperking van de terugbetaling voor die populatie met de meest acute nood aan medische hulp is zowel te wijten aan economische redenen als aan capaciteitsproblemen in de universitaire centra.

Om in België hepatitis C weg te werken, moet de terugbetaling worden uitgebreid, op basis van prioriteiten en niet van discriminatie. De patiënten die een antivirale behandeling in de nabije toekomst nodig hebben, krijgen die ook; de andere kunnen nog iets langer wachten zonder nadelige gevolgen voor hun gezondheid.

In samenwerking met het KCE en het RIZIV werd daartoe een stappenplan uitgewerkt, dat voorziet in een verlenging van de terugbetaling om de twee jaar.

In januari 2017 werd de terugbetaling van de hepatitis C-geneesmiddelen uitgebreid tot de patiënten in fibrotestadium 2 en tot de patiënten met een hoog risico, ongeacht hun fibrosegraad. Dankzij die uitbreiding hebben alle patiënten die het meest nood hebben aan medische hulp, toegang tot die geneesmiddelen.

veilleront à ce qu'en matière de financement également, la répartition des compétences soit respectée.

Hépatite C

La ministre est d'avis que c'est d'abord aux entités fédérées de voir si un screening sur l'Hépatite C est utile et si oui, sur base de quels arguments. Dans la note de politique générale, elle n'annonce pas de screening sur l'Hépatite C. Elle n'a pas signé non plus la déclaration d'engagement en matière de l'organisation des patients carrefour hépatite – aide et contact (CHAC asbl).

La ministre a en revanche simplifié l'accès aux médicaments dans la lutte contre l'Hépatite C, notamment à partir du 1^{er} janvier 2017. Elle a facilité le remboursement des médicaments antiviraux contre le virus d'Hépatite C. Plus de patients entrent en ligne de compte pour les médicaments (baisse critères de fibrose) et plus de médecins peuvent demander le remboursement. En outre, 2 nouveaux médicaments sont remboursés. Ce remboursement est basé sur des preuves scientifiques évaluées dans les limites des procédures établies de la commission remboursement des médicaments.

L'on peut observer une importante avancée scientifique dans la lutte contre l'hépatite C. Depuis 2015, les nouveaux traitements de l'hépatite C ont été remboursés aux patients ayant un score de fibrose F3 et F4 ainsi qu'aux patients pré- et post-transplantés. La limitation du remboursement à cette population avec le besoin d'assistance médicale le plus criant est due à la fois à des raisons économiques et à des problèmes de capacité dans les centres universitaires.

Pour pouvoir éradiquer l'hépatite C en Belgique, il faut étendre le remboursement, et ce sur la base d'une priorisation et non d'une discrimination. Les patients qui ont besoin d'un traitement antiviral dans un proche avenir le reçoivent; les autres peuvent attendre quelque peu temporairement, sans effets nocifs pour leur santé.

En collaboration avec le KCE et l'INAMI, un plan par étapes a été élaboré à cet effet, qui prévoit une prolongation du remboursement tous les deux ans.

En janvier 2017, le remboursement des médicaments contre l'hépatite C a été étendu aux patients ayant un stade de fibrose 2 et aux patients à haut risque, quel que soit leur stade de fibrose. Grâce à cette extension, tous les patients ayant le besoin d'assistance médicale le plus criant ont accès à ces médicaments.

In januari 2019 zal de terugbetaling worden uitgebreid tot alle patiënten met hepatitis C die een positieve bloedtest hebben (+ FIB4 > 1,45 of FibroTest $\geq$ 0,49). Twee jaar later zal de terugbetaling kunnen worden uitgebreid naar alle HCV-patiënten.

De kostprijs van een behandeling is vertrouwelijk, evenals het daartoe werkelijk vrijgemaakte budget.

3.2. Chronisch ziekten

Obesitas

Er zijn momenteel geen concrete plannen om de diëtist terug te betalen voor obese patiënten.

De diëtist werkt bovendien meestal op het vlak van de preventieve gezondheidszorg en dit kadert in de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Diëtisten zijn nu wel al actief in het kader van de begeleiding van patiënten die een bariatrische interventie wensen te ondergaan.

3.2.1. Het plan geïntegreerde zorg

Steun en financiering

De oproep tot projecten inzake geïntegreerde zorg dateert van 2 februari 2016. Van de 70 kandidaturen werden 20 projecten toegelaten tot een fase waarin de eerstelijnspartners/-actoren, ziekenhuizen, thuiszorgdiensten, rusthuizen, patiëntenverenigingen en ziekenfondsen de krachten hebben gebundeld om een actieplan voor geïntegreerde zorg in hun regio uit te werken. Om dit actieplan concreet gestalte te geven, konden de kandidaten rekenen op financiële ondersteuning voor een deeltijdse coördinator gedurende ongeveer anderhalf jaar, begeleiding door Möbius – Alfa Management en het Jan van Es Instituut en door de FOD en het RIZIV georganiseerde intervisiemomenten met de coördinatoren.

De projectteams die een actieplan hadden uitgewerkt, moesten dit uiterlijk op 18 september 2017 indienen bij de bevoegde diensten van de FOD Volksgezondheid en aan het RIZIV. Dit diende te gebeuren volgens de voorwaarden zoals bepaald in het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van proefprojecten voor geïntegreerde zorg.

En janvier 2019, le remboursement sera étendu à tous les patients souffrant de l'hépatite C dont le test sanguin est positif (+ FIB4 > 1,45 ou FibroTest égal ou > 0,49). Deux ans plus tard, le remboursement pourra être étendu à tous les patients séropositifs pour le VHC.

Le coût d'un traitement est confidentiel, de même que le budget réel libéré à cette fin.

3.2. Maladies chroniques

Obésité

Il n'existe actuellement aucun projet concret prévoyant le remboursement du diététicien pour les patients obèses.

De plus, les diététiciens interviennent généralement dans le cadre de la prévention, domaine qui est du ressort des communautés.

En revanche, les diététiciens accompagnent les patients qui souhaitent subir une intervention bariatrique.

3.2.1. Le plan pour les soins intégrés

Soutien et financement

L'appel à projets de soins intégrés date du 2 février 2016. Sur 70 candidatures, 20 projets-candidats ont été admis dans une phase au cours de laquelle les partenaires-acteurs de première ligne, hôpitaux, soins à domicile, maisons de repos, associations de patients et mutualités ont uni leurs forces pour mettre en œuvre un plan d'action visant à réaliser des soins intégrés dans leur région. Pour concrétiser ce plan d'action, les candidats ont été soutenus par le financement d'un coordinateur à temps partiel pendant environ 1,5 an, par un coaching par Möbius – Alfa Management et Jan van Es Instituut et par des moments d'intervision avec les coordinateurs, organisés par le SPF et l'INAMI.

Les projets qui ont élaboré un plan d'action devaient soumettre celui-ci aux administrations compétentes du SPF Santé publique et à l'INAMI au plus tard le 18 septembre 2017, sur la base des conditions prévues par l'arrêté royal du 31 juillet 2017 fixant les conditions auxquelles le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité peut conclure des conventions en vue du financement de projets-pilotes de soins intégrés.

19 projectteams (2 in Brussel, 1 voor de Duitstalige Gemeenschap, 6 in Wallonië en 10 in Vlaanderen) hebben een actieplan ingediend. Een jury samengesteld uit vertegenwoordigers van de zorgverstrekkers, de ziekenfondsen, de patiëntenverenigingen en de overheidsdiensten onderzoekt momenteel de kwaliteit van de actieplannen. Indien het actieplan positief wordt bevonden, zal het desbetreffende projectteam dit actieplan vanaf 1 januari 2018 in het veld mogen implementeren.

Voor de coördinatie van de tenuitvoerlegging van het actieplan zal het project gedurende 4 jaar 150 000 euro per jaar ontvangen. De projectteams zullen bovendien gezondheidszorg kunnen ontwikkelen binnen het kader van de budgetgarantie met betrekking tot hun regio.

Krachtens artikel 18 van het voornoemde koninklijk besluit wordt de budgetgarantie als volgt gedefinieerd: “De verwachte kost voor geneeskundige verzorging wordt bepaald op basis van de kost van het nationaal gemiddelde van de rechthebbenden die overeenkomen met de beschrijving van de administratieve doelgroep van het pilootproject en die wordt aangepast op basis van de concrete kenmerken van de administratieve doelgroep binnen de regio van het pilootproject.”

Dankzij de in het kader van deze budgetgarantie gerealiseerde efficiëntiewinst, kunnen de projectteams nieuwe diensten en gezondheidszorg voor de patiënt realiseren in overeenstemming met hun actieplan.

Evaluatie

Om de projecten te evalueren nadat de actieplannen vanaf januari 2018 in het veld zullen zijn geïmplementeerd, werd een wetenschappelijk consortium van Belgische universiteiten (UCL, KUL, ULg, UA, UGent en VUB) aangesteld en samengebracht onder de naam “*Faith.be*”. Dit consortium ontwikkelde een methodologie met indicatoren op basis waarvan de projecten zullen worden gecontroleerd.

Minstens één keer per jaar bezorgt *FAITH.be* de projectteams een boordtabel met informatie over de evolutie en de voortgang van het project, waarbij bijzondere aandacht wordt besteed aan knipperlichten of knelpunten.

Naast die externe evaluatie, moeten de projectteams ook een jaarlijks activiteitenverslag en een financieel rapport opstellen ter attentie van de leden van de permanente werkgroep die binnen het Verzekeringscomité van het RIZIV werd opgericht.

Het IMA zal voor elk project de budgetgarantie voor het referentiejaar 2016 berekenen. In de volgende jaren

19 projets (2 à Bruxelles, 1 dans la Communauté germanophone, 6 en Wallonie et 10 en Flandre) ont soumis un plan d'action. Un jury composé de représentants des dispensateurs de soins, des mutualités, des associations de patients et des administrations publiques examine actuellement la qualité des plans d'action. Si le plan d'action est jugé positif, le projet concerné pourra mettre en œuvre son plan d'action sur le terrain à partir du 1^{er} janvier 2018.

Afin de coordonner la mise en œuvre du plan d'action, le projet recevra 150 000 euros par an, durant 4 ans. Par ailleurs, les projets pourront développer des soins dans le cadre de la garantie budgétaire relative à leur région.

Conforme à l'article 18 de l'AR cité, la garantie budgétaire est: “Le coût attendu pour les soins de santé est fixé sur base du coût de la moyenne nationale des bénéficiaires qui correspondent à la description du groupe cible administratif du projet-pilote et adapté sur base des caractéristiques concrètes du groupe cible administratif dans la zone du projet-pilote.”

Grâce aux gains d'efficacité réalisés dans le cadre de cette garantie budgétaire, les projets peuvent réaliser de nouveaux services et soins pour le patient, comme prévu dans leur plan d'action.

Évaluation

Afin d'assurer l'évaluation des projets une fois qu'ils auront mis en œuvre leur plan sur le terrain à partir de janvier 2018, un consortium scientifique d'universités belges (UCL, KUL, ULg, UA, UGent et VUB) a été désigné et regroupé sous la dénomination “*Faith.be*”. Le consortium concerné a élaboré une méthodologie avec des indicateurs sur la base desquels les projets seront contrôlés.

Au moins une fois par an, *FAITH.be* met à la disposition des projets un tableau de bord sur l'évolution et l'avancement du projet, avec une attention particulière prêtée aux feux clignotants ou aux goulots d'étranglement.

Outre cette évaluation externe, les projets devront également rédiger un rapport d'activités annuel et un rapport financier à l'attention des membres du groupe de travail permanent mis en place au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI.

L'AIM sera responsable du calcul de la garantie budgétaire pour l'année de référence 2016 par projet.

zal het IMA de efficiëntiewinst berekenen op basis van het verschil tussen de budgetgarantie en de reële uitgaven voor respectievelijk 2018, 2019, 2020 en 2021.

Indien die nieuwe manieren om de gezondheidszorg te organiseren na 3 tot 4 jaar nog steeds gunstige resultaten opleveren (zoals een efficiëntere organisatie van de gezondheidszorg, een grotere klanttevredenheid en een betere levenskwaliteit), dan kan worden overwogen om geïntegreerde zorg in meer regio's aan te bieden. Uiteraard is het in dit stadium onmogelijk te zeggen onder welke voorwaarden dit het geval zal zijn.

3.2.2. Kanker

Budget Kankerplan

Het Kankerplan dateert van 2008. Dat plan voorzag in een snellere tenlasteneming van de 65 000 nieuwe patiënten die jaarlijks door kanker worden getroffen. Dat plan vertegenwoordigt een jaarbudget van ongeveer 190 miljoen euro. Dat plan gaf 32 acties aan, met ongeveer 75 concrete maatregelen om kanker in België te bestrijden. Momenteel worden met dit plan geen bezuinigingen beoogd. Afgezien van de acties waarvoor een projectoproep was gepland, zijn alle maatregelen van structurele aard.

Zelfs na de implementatie van het plan waren er nog behoeften waaraan op patiëntenvlak niet was voldaan. Gelet op de innovatie heeft de minister verscheidene maatregelen genomen om de kankerbestrijding te versterken.

De belangrijkste van die initiatieven zijn *oncofreezing*, de overeenkomst “borstreconstructie met eigen weefsel”, *next generation sequencing* bij de dagelijkse oncologiepraktijkvoering, de minimale residu ziekte voor kinderen met acute lymfoblastenleukemie (ALL), het akkoord tandartsen-ziekenfondsen “tandrestauratie na kanker”, dunnelaagcytologie, de vijf lymfoedeemklinieken, het langdurig consult bij een heelkundige ingreep na een kanker en de versnelde toegang tot immunotherapie.

Whole genome sequencing

Het KCE onderzoekt samen met het WIV Kankercentrum waar *whole genome sequencing* als techniek nuttig kan zijn en de uitbouw van een ge-centraliseerde infrastructuur moet worden aangepakt. De studie vraagt heel wat specifieke expertise alsook overleg met de genetische centra, de raadpleging van

Au cours des années suivantes, l'AIM calculera les gains d'efficacité comme différence entre la garantie budgétaire et les dépenses réelles de respectivement 2018, 2019, 2020 et 2021.

Si, au bout de 3 à 4 ans, ces nouvelles formes d'organisation des soins de santé confirment de bons résultats en termes d'organisation plus efficace des soins de santé et d'amélioration de la satisfaction des patients et de la qualité de vie, on pourrait envisager d'accroître le nombre de régions où des soins intégrés seront proposés. Il est bien entendu impossible à ce stade d'indiquer dans quelles conditions ce sera le cas.

3.2.2. Cancer

Budget plan cancer

Le plan cancer date de 2008. Ce plan était une accélération pour améliorer la prise en charge des 65 000 nouveaux patients atteints par le cancer par année. Le plan représente un budget d'environ 190 millions d'euros par année. Ce plan définissait 32 actions rassemblant à 75 mesures concrètes pour la lutte contre le cancer en Belgique. À l'heure actuelle, ce plan ne vise pas de réaliser des économies. En outre, sauf les actions qui envisageaient un appel à projet, toutes les mesures sont structurelles.

Même après l'implémentation du plan, il y avait encore des besoins non-rencontrés au niveau des patients. Tenu compte de l'innovation dans ce domaine, la ministre a pris plusieurs mesures pour renforcer la lutte contre le cancer.

Les plus importants de ces initiatives sont l'*oncofreezing*, la convention “reconstruction mammaire par tissus autologues”, le *next-generation-sequencing* en pratique oncologique quotidienne, la MRM (maladie résiduelle minimale) pour les enfants atteints de LAL (leucémie aiguë lymphoblastique), l'accord dento-mut “restauration dentaire après cancer”, la cytologie en phase liquide, les cinq cliniques du lymphœdème, la consultation de longue durée dans le cadre d'une intervention chirurgicale après un cancer et l'accès accéléré à l'immunothérapie.

Whole genome sequencing

Le KCE se penche actuellement, conjointement avec l'ISP Centre du cancer, sur les cas où le *whole genome sequencing* peut s'avérer utile en tant que technique et sur la manière d'aborder le développement d'une infrastructure centralisée. Cette étude nécessite de nombreuses expertises spécifiques ainsi qu'une

buitenlandse experts en het berekenen van complexe gezondheidseconomische aspecten.

De studie is inmiddels lopend. Indien geen onverwachte vertraging wordt opgelopen, kunnen de resultaten medio 2018 worden verwacht.

3.2.3. *Hiv*

Follow-up van de gedemmedicaliseerde opsporing

Artikel 124 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen werd gewijzigd om in België gedemmedicaliseerde tests toe te staan. Die bepaling is in werking getreden op 6 januari 2017. Ter uitvoering van die bepaling moet een koninklijk besluit de bijkomende voorwaarden vastleggen inzake de lijst van toegestane tests, de omstandigheden waarin de test mag plaatsvinden en de nadere opleidingsregels.

Een eerste ontwerp van koninklijk besluit werd op 23 januari 2017 voorgelegd aan de leden van het HIV-Monitoringcomité. Dat comité bestaat uit vertegenwoordigers van de preventieorganisaties van de administraties (WIV, FOD en RIZIV) en van de patiëntenverenigingen en vertegenwoordigers van de aidsreferentielaboratoria en -centra. Na de vergadering hebben de betrokken organisaties commentaar en suggesties kunnen toezenden aan de FOD Volksgezondheid.

De desbetreffende leden werden uitgenodigd om hun opmerkingen voor te stellen. Op maandag 13 november 2017 werd de geamendeerde tekst voor het laatst besproken bij het HIV-Monitoringcomité. De aidsreferentiecentra en -laboratoria wordt verzocht de geplande opleiding te verzorgen voor de vrijwilligers die de tests zullen uitvoeren. De verdere tenuitvoerlegging van de gedemmedicaliseerde oriëntatietest zal dus worden besproken en verwezenlijkt in continu overleg met het veld.

De aidsreferentiecentra

Uit de aan Farmanet gevraagde cijfers blijkt dat het aantal patiënten in de officina-apotheken in minder dan tien jaar is verdubbeld, namelijk van 6 635 in 2009 naar 13 772 in 2016. Het jongste rapport van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV) over de incidentie en de prevalentie van hiv en aids bevestigt die cijfers. In 2015 werden 15 266 hiv-patiënten in België medisch gevolgd.

Er is een gestage toename van het aantal medisch gevolgde hiv-patiënten, met een gemiddelde toename

concertation avec les centres belges de génétique, la consultation d'experts étrangers et la prise en compte d'éléments complexes liés à l'économie de la santé.

L'étude est actuellement en cours. Sauf imprévu, les résultats sont attendus pour la mi-2018.

3.2.3. *VIH*

Le suivi du dépistage démedicalisé

L'article 124 de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé a été modifié afin d'autoriser les tests démedicalisés en Belgique. Cette disposition est entrée en vigueur le 6 janvier 2017. En exécution de la disposition, un arrêté royal doit fixer les conditions supplémentaires en ce qui concerne la liste des tests autorisés, les conditions dans lesquelles le test peut avoir lieu et les modalités de formation.

Un premier projet d'arrêté royal a été soumis aux membres du Comité de monitoring VIH le 23 janvier 2017. Ce comité est composé de représentants des organisations de prévention, des administrations (ISP, SPF et INAMI), des associations de patients et des représentants des laboratoires et centres de référence sida. Après la réunion, les organisations concernées ont pu envoyer des commentaires et des suggestions au SPF Santé publique.

Les membres concernés ont été invités à présenter leurs observations. Le texte amendé a été discuté pour la dernière fois au Comité de monitoring VIH le lundi 13 novembre 2017. Il est demandé aux centres et laboratoires de référence sida d'assurer la formation prévue pour les volontaires qui effectueront les tests. La poursuite de la mise en œuvre du test d'orientation médicalisé sera donc discutée et réalisée en concertation continue avec le terrain.

Les centres de référence sida

Il ressort des chiffres demandés à Farmanet que dans les pharmacies d'officine le nombre de patients a doublé en moins de dix ans de temps, de 6 635 en 2009 à 13 772 en 2016. Le rapport le plus récent de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISSP) sur l'incidence et la prévalence du VIH et du SIDA confirme ces chiffres. En 2015, 15 266 patients VIH ont fait l'objet d'un suivi médical en Belgique.

On constate une augmentation continue du nombre de patients VIH sous un suivi médical, avec une

van 755 nieuwe patiënten per jaar. De populatie van die hiv-patiënten in medische follow-up is ouder geworden: de patiënten van 50 jaar en ouder vertegenwoordigden in 2006 19 %, maar in 2015 al 34 % van de patiënten. Die cijfers tonen aan dat de elf aidsreferentiecentra (ARC's) in België, die belast zijn met de multidisciplinaire begeleiding van de hiv-patiënt, onontbeerlijk zijn. Zij ontvangen een gezamenlijke financiering van ongeveer 7 miljoen euro per jaar. Meer in het bijzonder in lijn met actiepunt 46 van het hiv-plan wil de minister het aantal centra en de financiering handhaven, zodat ook de geografische dekking verzekerd is.

De minister is van plan de conventie met de ARC's bij te werken. In oktober werd in het kader van de akkoordenraad aan de ARC's overleg opgestart. Op 2 oktober 2017 vond in het kabinet overleg met de hiv-patiënten, de Positieve Raad, plaats.

De Raad wees op de volgende behoeften:

- specifieke multidisciplinaire specifieke aanpak voor de *long term hiv-survivor* als nieuwe doelgroep van de conventie;
- uniformisering in de 11 centra van het zorgaanbod, inclusief de meting van PROM's/PREM's bij de patiënt;
- participatie en integratie van activiteiten in patiëntenorganisaties in de ARC's.

Naargelang van de doelstellingen van het hiv-plan moeten de ARC's zich in de toekomst richten op:

- aanpassing van de zorgmodellen op basis van de internationale aanbevelingen (actie 41);
- organisatie van de relatie tussen de ARC's en de huisartsen (actie 44);
- ontwikkeling van zelfmanagement (actie 47);
- gestandaardiseerd traject voor PrEP;
- opleiding van de testers in het kader van de gemedicaliseerde oriëntatietesten.

3.2.4. Palliatieve zorg

De administratie heeft de opdracht gekregen om het koninklijk besluit dat de criteria bepaalt om een zieke als palliatieve patiënt te identificeren voor te bereiden. De minister wenst het ontwerp van koninklijk besluit nog in 2017 voor te leggen aan de Raad van State. De publicatie is voorzien begin 2018.

augmentation en moyenne de 755 nouveaux patients par an. La population des patients VIH sous un suivi médical est plus âgée: les patients de 50 ans et plus représentaient 19 % des patients en 2006 et déjà 34 % en 2015. Ces chiffres démontrent que les 11 centres de référence SIDA (CRS) en Belgique, qui sont chargés de l'encadrement multidisciplinaire du patient VIH, sont indispensables. Ils profitent d'un financement commun d'environ 7 million d'euros par an. Notamment conformément à l'action 46 du plan VIH, la ministre veut maintenir le nombre de centres et le financement pour que la couverture géographique soit également assurée.

La ministre envisage de mettre à jour la convention avec les CRS. Une concertation a été lancée en octobre dans le cadre du conseil des accords. Les CRS ont demandé de formuler des propositions. Le 2 octobre 2017, une concertation avec les patients VIH, le Conseil Positif a eu lieu au cabinet.

Le Conseil a indiqué les besoins suivants:

- une approche spécifique multidisciplinaire pour le *long term HIV-survivor* en tant que nouveau groupe cible de la convention;
- uniformiser l'offre de soins dans les 11 centres, y compris le mesurage des PROM/PREM chez le patient;
- la participation et l'intégration des activités dans les organisations de patients dans le CRS.

En fonction des objectifs du plan VIH, les CRS doivent se focaliser dans le futur sur:

- les adaptations des modèles de soins sur base des recommandations internationales (action 41);
- l'organisation de la relation entre les CRS et les médecins généralistes (action 44);
- le renforcement du self-management (action 47);
- une trajectoire standardisée pour PrEP;
- la formation des testeurs dans le cadre des tests d'orientation démedicalisés.

3.2.4. Les soins palliatifs

L'administration a été chargée de préparer l'arrêté royal fixant les critères selon lesquels un malade peut être défini comme patient palliatif. La ministre souhaite encore soumettre le projet d'arrêté royal en 2017 au Conseil d'État. La publication est prévue début 2018.

De lijst van geneesmiddelen die verplicht aanwezig moeten zijn in de apotheek werd recent in samenwerking met experts gefinaliseerd en kan in de komende weken worden voorgelegd aan de Raad van State.

De registratie van palliatieve sedatie is een zeer actueel en maatschappelijk belangrijk thema. De minister is van mening dat het debat over het onderwerp in het Parlement dient te worden gevoerd. In de eerste plaats is het voor de minister essentieel dat de rechten van de patiënt worden gerespecteerd.

3.3.1. Volwassenen – art. 107

Netwerken geestelijke gezondheidszorg

Binnen het kader van de IMC Volksgezondheid werd vanaf het begin van de legislatuur hard gewerkt om elke gemeente onder een ggz-netwerk te laten vallen. Dat is gelukt, maar het werk stopt daar uiteraard niet. De IMC van 20/11 nam belangrijke beslissingen aangaande de voortzetting en vergroting van de mobiele teams, aangaande de eventuele hertekeningen van de netwerken zelf en ten slotte aangaande een correcte financiering van de psychiater.

De minister vindt het essentieel dat de netwerken zich nu verder kunnen ontwikkelen, met de steun van de overheden. De evoluties die betrekking hebben op de klinische netwerken heeft zij steeds duidelijk afgescheiden van de ggz-netwerken. Niet omdat de geestelijke gezondheidszorg geen onderdeel uitmaakt van de algemene gezondheidszorg, maar wel om de enorme uitdagingen, zowel voor de overheid als voor de betrokken sector, overzichtelijk te houden.

Uitbreiding van het zorgaanbod

De minister vindt het moeilijk om uitspraken te doen over waar er in de psychiatrie “te veel bedden” zouden zijn. Er bestaat immers niet zoiets als een “perfect” aantal. Maar de minister meent wel te kunnen herhalen wat ze eerder heeft gezegd, namelijk dat met het huidige beddenhuis gerust de stap kan worden gezet om de mobiele zorgvorm via die teams te vergroten. Als alle mobiele teams de vooropgestelde grootte hebben (12 VTE voor een crisisteam voor 150 000 inwoners en 9 VTE voor een langdurig zorgteam voor 150 000 inwoners) zal er een kleine 12 % van alle werknemers in de Psychiatrische Ziekenhuizen en Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen – en mobiel werken.

Voor de volledigheid geeft de minister reeds mee dat we op heden over heel België reeds iets over de helft zitten van het objectief.

La liste des médicaments devant obligatoirement être présents dans la pharmacie a été récemment finalisée avec les experts et pourra être soumise au Conseil d’État dans les semaines à venir.

L’enregistrement de la sédation palliative est un thème très actuel et important sur le plan sociétal. La ministre estime que le sujet doit être débattu au Parlement. Pour la ministre, il est tout d’abord essentiel que les droits du patient soient respectés.

3.3.1. Adultes – article 107

Réseaux de soins de santé mentale

Depuis le début de la législature, la CIM de la Santé publique a travaillé d’arrache-pied afin d’inclure chaque commune dans un réseau de soins de santé mentale. Elle y est arrivée, mais le travail ne s’arrête bien entendu pas là. La CIM du 20 novembre a pris d’importantes décisions concernant la poursuite et l’extension des équipes mobiles, les éventuels redécoupages des réseaux mêmes et enfin le financement correct du psychiatre.

La ministre estime qu’il est essentiel que les réseaux puissent à présent continuer à se développer, avec l’aide des autorités. Elle a toujours opéré une nette distinction entre les évolutions concernant les réseaux cliniques et les réseaux de soins de santé mentale. Non pas que les soins de santé mentale ne relèvent pas des soins de santé en général, mais pour avoir une vue générale des énormes défis, à la fois pour l’autorité et pour le secteur concerné.

Extension de l’offre de soins

La ministre estime qu’il est difficile de se prononcer sur les endroits où il y aurait “trop de lits” en psychiatrie. Il n’existe en effet pas de nombre “parfait”. La ministre tient cependant à répéter ce qu’elle a déjà dit précédemment, à savoir qu’avec l’actuelle capacité de lits, on peut sans problème faire le nécessaire pour augmenter la forme de prise en charge mobile par le biais de ces équipes. Si toutes les équipes mobiles ont la taille présumée (12 ETP pour une équipe de crise pour 150 000 habitants et 9 ETP pour une équipe de soins de longue durée pour 150 000 habitants) un petit 12 % de tous les travailleurs travailleront de façon mobile dans les Hôpitaux Psychiatrique et Sections Psychiatriques des Hôpitaux Généraux.

Pour être complet, la ministre ajoute qu’on est déjà actuellement au-delà de la moitié de l’objectif pour l’ensemble de la Belgique.

Een lid sprak over het inzetten van onverantwoorde CD-bedden van algemene ziekenhuizen. Eigen aan onverantwoorde bedden is echter dat ze geen financiering genereren. Als deze omgezet worden naar een andere bedden-kenletter, dan heeft dit als gevolg dat het budget voor deze bedden moet worden gevonden in de grote massa van het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen. De begroting voor 2018 voorziet niet in extra ziekenhuisbudget, dus elke reconversie moet opgevangen worden met het huidige budget.

Daarbij wenst de minister te herinneren aan het moratorium en de specifieke reden ervoor. Het moratorium is in voege getreden als bewarende maatregel om een zeer volatiel veld even *on hold* te zetten. Zeggen dat de Psychiatrische Afdeling in een Algemeen Ziekenhuis een zeer belangrijke rol speelt, is een open deur intrappen.

3.3.2. *Geïnterneerden*

Op federaal niveau werd beslist om geplaatste geïnterneerden op dezelfde manier te behandelen als vrije patiënten. Het federaal niveau kan niet voor de gemeenschappen beslissen of ze de financiering van geplaatste geïnterneerden op zich willen nemen.

De bedoeling is dat overal waar het RIZIV optreedt voor een patiënt, het dat in de toekomst ook zal doen voor een als geïnterneerde geplaatste patiënt. Indien men het RIZIV ook zou laten tussenkomen in instellingen waar het RIZIV normaal niet tussenkomt, zou dat tegen deze filosofie indruisen.

Vooraleer een geïnterneerde in een zorginstelling kan worden geplaatst, dient de FOD justitie een overeenkomst te sluiten met deze zorginstelling. Het is aan de FOD justitie om te beslissen of ze ook geïnterneerden in instellingen zal plaatsen die onder de gemeenschappen vallen. Als ze dit doet, zal ze ook regelingen moeten treffen omtrent financiering. Het zou tegen de bevoegdheidsverdeling ingaan om het RIZIV hierin te laten tussenkomen.

Het is overigens veeleer uitzonderlijk dat geïnterneerden in een niet door het RIZIV gefinancierde instelling worden geplaatst. In dat geval gaat het meestal om personen die vrij op proef zijn.

Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) en Long Stay-instellingen

Zoals de minister reeds eerder aangaf, heeft een evaluatie van een instelling pas zin na een werking van minstens 5 jaar. Ondertussen vinden er wel tussentijdse evaluaties plaats en wordt er constructief samengewerkt met de uitbaters van de FPC's.

Un membre a parlé de l'utilisation de lits CD non justifiés d'hôpitaux généraux. Les lits non justifiés se caractérisent cependant par le fait qu'ils ne génèrent pas de financement. S'ils sont reconvertis en lits d'une autre lettre, cela a pour conséquence que le budget pour ces lits doit être trouvé dans la grande masse du Budget des moyens financiers des hôpitaux. Le budget pour 2018 ne prévoyant pas un budget supplémentaire pour les hôpitaux, toute reconversion doit donc être financée avec le budget actuel.

À cet égard, la ministre souhaite rappeler le moratoire et les raisons spécifiques de celui-ci. Le moratoire est entré en vigueur comme mesure conservatoire pour maîtriser un terrain très volatil. Dire que le service psychiatrique joue un rôle très important dans un hôpital général, c'est enfoncer une porte ouverte.

3.3.2. *Internés*

Au niveau fédéral, il a été décidé de traiter les internés placés de la même manière que les patients libres. Le niveau fédéral ne peut pas décider à la place des communautés de prendre ou non en charge le financement des internés placés.

La philosophie est que partout où l'INAMI intervient pour un patient, il le fera de la même façon pour un patient interné. Si on laissait l'INAMI intervenir également dans les institutions où il n'intervient normalement pas, ce serait aller à l'encontre de cette philosophie.

Avant de pouvoir placer un interné dans un établissement de soins, le SPF Justice doit conclure un accord avec cet établissement. C'est au SPF Justice de décider s'il place également des internés dans des établissements qui dépendent des Communautés. Si oui, il doit également conclure des accords relatifs au financement. Y faire intervenir l'INAMI serait aller à l'encontre de la répartition des compétences.

Il est du reste plutôt rare que des internés soient placés dans un établissement qui n'est pas financé par l'INAMI. Dans ce cas, il s'agit surtout de personnes en liberté à l'essai.

Centres de psychiatrie légale (CPL) et établissements de séjour de longue durée

Comme la ministre l'a déjà indiqué, l'évaluation d'une institution n'a de sens que si elle fonctionne depuis au moins cinq ans. Entre-temps, des évaluations intermédiaires sont bien sûr organisées et il y a une collaboration constructive avec les exploitants des CPL.

De factor detentieschade bij de eerste groep geïnterneerden mag niet worden onderschat. Nu komen er geïnterneerden in de FPC's toe die jaren in een gevangenis hebben doorgebracht, zonder aangepaste behandeling. Dat zou in de toekomst niet meer mogen gebeuren. Met dat gegeven moet er ook rekening worden gehouden in de toekomstige evaluatie.

Wat de *Long Stay*-instelling betreft, geeft de minister aan dat het een vijftal jaar duurt om een dergelijk project te realiseren.

Momenteel zijn er werkgroepen bezig om de visie uit te schrijven. De regie der gebouwen is het nodige aan het doen om de gronden te verwerven. Er zal nu een consultant aangesteld worden om het project juridisch-technisch te ondersteunen.

De bedoeling is om een opdracht uit te schrijven waarin zowel het ontwerp, de bouw, de financiering als de uitbating aan eenzelfde partner worden uitbesteed. De voorbereiding van dergelijke procedure neemt uiteraard de nodige tijd in beslag.

3.4. **Seksueel en gendergerelateerd geweld**

Opleiding

In totaal hebben 48 ziekenhuizen deelgenomen aan de basisopleiding over seksueel geweld; 27 aan de permanente opleiding en 14 aan de opleiding voor gevorderden.

Multidisciplinaire centra voor de zorg voor slachtoffers van seksueel geweld

De minister geeft een stand van zaken in verband met de SARC's (*sexual assault referral centres*). Sinds ongeveer een maand lopen er drie proefprojecten: één aan het UZ Gent, één aan het UMC Sint-Pieter en een derde aan het CHU van Luik. De staatssecretaris voor Gelijke Kansen heeft de leiding ervan. De minister wil wachten op de beëindiging van de één jaar durende testfase alvorens conclusies te trekken. Naargelang van de eindevaluatie van de proefprojecten zal men kunnen bepalen of ontplooiing op nationale schaal haalbaar en wenselijk is.

Opleiding voor de behandeling van vrouwelijke genitale verminking

Er wordt in 4 ziekenhuizen (2 Nederlandstalige en 2 Franstalige) een tweedaagse vorming voor gynaecologen en vroedkundigen georganiseerd. Daarnaast zijn er interviewsessies gepland met vroedkundigen die in

Il convient de ne pas sous-estimer le facteur "effets préjudiciables de la détention" chez le premier groupe d'internés. Aujourd'hui, les CPL accueillent des internés qui ont passé des années en prison sans traitement adapté. À l'avenir, ce ne devrait plus être possible. Il convient de tenir également compte de ce fait lors de la prochaine évaluation.

Concernant les établissements de séjour de longue durée, la ministre indique qu'il faut environ cinq ans pour réaliser un tel projet.

Des groupes de travail développent actuellement leur vision du projet. La Régie des bâtiments fait, elle, le nécessaire pour acquérir les terrains. Un conseiller va maintenant être recruté pour soutenir le projet d'un point de vue juridique et technique.

L'objectif est de lancer un marché public qui confierait aussi bien le projet, la construction et le financement que l'exploitation à un seul et unique partenaire. La préparation d'une telle procédure prend naturellement du temps.

3.4. **Violences sexuelles et liées au genre**

Formations

Au total, 48 hôpitaux ont participé à la formation de base concernant la violence sexuelle; 27 à la formation continue et 14 à la formation approfondie.

Centres multidisciplinaires pour la prise en charge des victimes de violences sexuelles

La ministre donne un état des lieux des SARCs (les *sexual assault referral centres* ou centres multidisciplinaires pour la prise en charge de manière globale des victimes de violences sexuelles). Depuis un mois environ, il y a trois projets pilotes en cours: un à l'UZ Gand, un au CHU St-Pierre et un troisième au CHU Liège. La Secrétaire d'État à l'Égalité des chances en a le lead. La ministre souhaite attendre la finalisation de la phase de test d'un an avant de tirer des conclusions. En fonction de l'évaluation finale des projets pilotes on pourra déterminer si un déploiement national est faisable et souhaitable.

Formation sur les mutilations génitales féminines

Une formation de deux jours est organisée dans quatre hôpitaux (deux francophones et deux néerlandophones) pour les gynécologues et les sages-femmes. En outre, des séances d'intervision sont prévues pour les

het verleden al een opleiding over vrouwelijke genitale verminking volgden. Zij blijken namelijk behoefte te hebben aan overleg over de reeds uitgevoerde interventies en de daarbij ervaren problemen.

Het accent ligt op Antwerpen, Brussel en Luik, omdat dat de steden zijn waar men het meest met de problematiek wordt geconfronteerd. Dat betekent dit niet dat de activiteiten tot deze steden beperkt zullen blijven.

4.1. Wetgeving inzake gezondheidszorgberoepen en zorgpraktijk

Voor wat betreft de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering kan de minister reeds een timing geven.

De administratie zal in november-december een voorontwerp van wet voorstellen. Dat voorontwerp zal vervolgens meer in detail worden besproken met een aantal betrokken partijen, waaronder de artsen, andere zorgverstrekkers die al dan niet in vrij beroepsverband werken, de verzekeringsinstellingen, de ziekenhuizen en de bestaande deontologische organen.

Inhoudelijk zal het voorontwerp ingaan op:

- de generieke kwaliteitsvoorwaarden, van toepassing voor elke verstrekker;
- het patiëntendossier;
- bepalingen inzake farmaceutische zorg in praktijken waar geneesmiddelen ex tempore worden aangewend;
- continuïteit en permanentie;
- het voorschrift;
- het visum en het gekoppeld portfolio; de talenkennis, en de relatie met de patiëntenrechten;
- de registratie van praktijken;
- praktijkinformatie en reclameverbod;
- de Federale Gezondheidsinspectie en de Federale Geneeskundige Commissie;
- De Raad voor Kwaliteit in de Geneeskundige Zorg;

De minister verwacht het voorontwerp in april 2018 aan de commissie te kunnen voorleggen.

sages-femmes qui ont déjà suivi une formation sur les mutilations génitales féminines par le passé. Il s'avère en effet qu'elles ont besoin de discuter des interventions qu'elles ont déjà menées et des problèmes auxquels elles ont été confrontées.

L'accent a été mis sur Anvers, Bruxelles et Liège, car ce sont les villes où on est le plus confronté à cette problématique, ce qui ne signifie pas pour autant que les activités resteront limitées à ces villes.

4.1. Législation en matière de professions des soins de santé et de pratique des soins

Concernant la loi sur les pratiques de qualité, la ministre peut déjà présenter un calendrier.

L'administration proposera un avant-projet de loi en novembre-décembre. Cet avant-projet sera ensuite discuté plus en détail avec un certain nombre de parties intéressées, dont les médecins, d'autres dispensateurs de soins qui travaillent ou non en profession libérale, les organismes assureurs, les hôpitaux et les organes déontologiques existants.

Du point de vue du contenu, l'avant-projet portera sur:

- les conditions qualitatives générales auxquelles chaque fournisseur doit satisfaire;
- le dossier du patient;
- les dispositions relatives aux soins pharmaceutiques dans les pratiques où les médicaments extemporanés sont utilisés;
- la continuité et la permanence;
- la prescription;
- le visa et le portefeuille y afférent; les connaissances linguistiques et la relation avec les droits des patients;
- l'enregistrement des pratiques;
- l'information professionnelle et l'interdiction de la publicité;
- l'Inspection fédérale de la santé et la Commission médicale fédérale;
- le Conseil pour la qualité des soins médicaux.

La ministre prévoit de pouvoir présenter l'avant-projet à la commission en avril 2018.

4.2. Deontologie en kwaliteit

Ordes

De minister erkent de nood aan actualisering voor wat het koninklijk besluit nr. 79 betreft. Ze zal in dit kader het overleg met de Orde voortzetten.

Er zal moeten worden gewerkt rond een aantal krachtlijnen. De opdrachten, werking en structuren moeten transparant gemaakt en gemoderniseerd worden. In dit kader worden de provinciale raden volledig geheroriënteerd tot louter Provinciale administratieve aanspreekpunten. Er wordt per taalrol een orgaan voor instructie en een orgaan voor tucht opgericht op federaal niveau. Er wordt een beroepsinstantie voorzien. De klager is geen betrokken partij maar moet gehoord kunnen worden en moet stukken aan het dossier kunnen toevoegen, zodat de beoordelingen met volledige kennis van zaken kunnen gemaakt worden.

De deontologie dient inzonderheid aandacht te hebben voor het respect voor de patiënt, de kwaliteit van de zorg, de loyale samenwerking tussen collega's en de noodzakelijke multi- en interdisciplinaire opstelling, en tenslotte voldoende gericht zijn op de nood aan maatschappelijke verantwoording van de professie en de uitoefening. De deontologie en de interpretatie ervan blijven federaal. De Nationale Raad blijft intact.

Er wordt bij wet een jaarrapport voorzien. Dit jaarrapport zal een financieel verslag bevatten.

Er zal een repertorium moeten worden bijgehouden van de adviezen en de tuchtspraken. De jurisprudentiële coherentie moet bevorderd worden door periodieke vierjaarlijkse audits door onafhankelijke experts.

De Orde zal worden voorgezeten door twee artsen (NL – FR).

De mandaten van de leden worden beperkt tot 12 jaar. Kandidatuurstelling kan reeds drie jaar na inschrijving gebeuren, zodat ook jongere artsen kunnen deelnemen.

Patiëntenorganisaties kunnen met raadgevende stem deelnemen aan de beraadslagingen van de Nationale Raad, voor zaken die hen aanbelangen en die ze mee op de agenda zetten.

De oprichting van nieuwe ordinale instanties binnen de huidige legislatuur lijkt de minister praktisch niet meer haalbaar.

4.2. Déontologie et qualité

Ordres

La ministre reconnaît la nécessité d'actualiser l'arrêté royal n° 79. Elle poursuivra sa concertation avec l'Ordre à ce sujet.

Les travaux devront être menés autour de plusieurs grands axes. Les missions, le fonctionnement et les structures devront être rendus transparents et modernisés. À cette occasion, les conseils provinciaux seront complètement réorientés. Ils deviendront de simples points de contact administratifs provinciaux. Un organe d'instruction et un organe disciplinaire seront créés par rôle linguistique au niveau fédéral. Un organe d'appel est prévu. Le plaignant ne sera pas partie prenante mais il devra pouvoir être entendu et pouvoir ajouter des documents au dossier afin que les évaluations puissent être réalisées en pleine connaissance de cause.

La déontologie doit accorder une attention particulière au respect du patient, à la qualité des soins, à la coopération loyale entre les collègues et à l'attitude pluridisciplinaire et interdisciplinaire nécessaire, et enfin être suffisamment axée sur la nécessité d'une responsabilité sociale de la profession et de son exercice. La déontologie et son interprétation resteront fédérales. Le Conseil national restera intact.

Un rapport annuel est prévu par la loi. Ce rapport annuel contiendra un rapport financier.

Un registre des opinions et des décisions disciplinaires devra être tenu. La cohérence de la jurisprudence doit être favorisée par des audits périodiques quadriennaux réalisés par des experts indépendants.

L'Ordre sera présidé par deux médecins (NL – FR).

Les mandats des membres seront limités à douze ans. Les candidats pourront déjà se présenter trois ans après leur inscription afin que de jeunes médecins puissent également se présenter.

Les associations de patients pourront participer aux délibérations du Conseil national à titre consultatif pour les questions les concernant et inscrites également par elles à l'ordre du jour.

La ministre estime que la mise en place de nouvelles instances ordinales semble pratiquement impossible à réaliser sous l'actuelle législature.

4.3. **Artsen**

Artsenverkiezingen

Eind maart-begin april 2017 vonden een aantal informele contacten plaats met de representatieve organisaties van artsen en de beleidscel Volksgezondheid. De aanleiding hiertoe was punt 5 van het ontwerp afsprakenkader dat op 26 januari 2017 door de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen aan de regering werd overgemaakt. Dit punt luidt als volgt: “Tijdens de vergadering is gebleken dat samen met alle betrokkenen een aanpassing van de regels inzake financiering van de representatieve artsorganisaties en een wijziging van de reglementering inzake de organisatie van de medische verkiezingen zou moeten worden onderzocht.”.

Eind november vindt er opnieuw overleg plaats met de betrokken organisaties en bij die gelegenheid zal de minister een voorstel aftoetsen dat er enerzijds op gericht is om de representativiteit van die organisaties over zowel de huisartsen- als de specialistenvertegenwoordiging heen te waarborgen, en anderzijds de financiering van diezelfde organisaties daar ook beter op af te stemmen.

De volgende verkiezingen hebben in 2018 plaats. De procedure neemt normalerwijze een aanvang in het begin van het jaar en de verkiezingen moeten voor de zomervakantie plaats hebben gehad.

4.4. **De apothekers**

De online-apotheken

In België mogen de online-apotheken momenteel alleen geneesmiddelen verkopen waarvoor geen voorschrift vereist is.

De apothekers zijn zich er echter van bewust dat de trend van de online-verkoop onomkeerbaar is en dat zij zich moeten beraden hoe ze hun beroep kunnen uitoefenen, inzonderheid met betrekking tot de online-farmaceutische zorgverlening voor de patiënten in de toekomst. In het meerjarencader dat in maart jongstleden met de farmaceutische beroepsverenigingen werd ondertekend, hebben de officina-apotheken de volgende belofte gedaan: “De officina-apotheek zal mee evolueren met de maatschappelijke verwachtingen op techno-economisch vlak. Het aanbieden van dergelijke diensten moet echter ontwikkeld worden vanuit de noodzakelijke omkadering van farmaceutische zorgverlening en met dezelfde garanties op het gebied van authenticatie, deontologie, veiligheid, systematische opvolging en kwalitatieve farmaceutische zorg als de gene die van toepassing zijn in de officina-apotheek,

4.3. **Médecins**

Élections médicales

Fin mars-début avril 2017, une série de contacts informels ont eu lieu entre les organisations représentatives des médecins et la cellule stratégique Santé publique, conformément au point 5 du projet de cadre d'accord transmis au gouvernement par la Commission nationale médico-mutualiste le 26 janvier 2017. Ce point est rédigé comme suit: “Au cours de la réunion, il est apparu qu’une adaptation de la réglementation en matière de financement des organisations représentatives de médecins et une modification de la réglementation en matière d’organisation des élections médicales devraient être examinées avec tous les intéressés.”. (traduction)

Fin novembre, une nouvelle concertation a lieu avec les organisations concernées et, à cette occasion, le ministre évaluera une proposition visant, d’une part, à garantir la représentativité de ces organisations, qu’elles concernent des ou des spécialistes, et, d’autre part, à y harmoniser davantage le financement de ces mêmes organisations.

Les prochaines élections auront lieu en 2018. La procédure débute normalement au début de l’année et les élections doivent se dérouler avant les vacances d’été.

4.4. **Les pharmaciens**

Les pharmacies en ligne

En Belgique, la vente par l’intermédiaire d’une pharmacie en ligne est actuellement limitée aux médicaments qui ne sont pas soumis à prescription.

Cependant, les pharmaciens se rendent compte que la tendance des ventes en ligne est irréversible et qu’ils doivent réfléchir à la manière dont ils peuvent exercer leur profession, en particulier en ce qui concerne les soins pharmaceutiques en ligne pour les patients dans le futur. Dans le cadre du plan pluriannuel signé en mars dernier avec les associations professionnelles pharmaceutiques, ils ont pris l’engagement suivant: “La pharmacie d’officine évoluera avec les attentes de la société sur les plans économique et technologique. L’offre de tels services ne peut toutefois être développée qu’en tenant compte de l’encadrement nécessaire des soins pharmaceutiques et avec les mêmes garanties en matière d’authentification, de déontologie, de sécurité, de suivi systématique et de soins pharmaceutiques de qualité que celles qui sont d’application dans une pharmacie d’officine, et ce, pour exclure à tout moment les

zodat gezondheidsproblemen, inbreuken op de privacy en het verdelen van vervalste geneesmiddelen te allen tijde uitgesloten zijn.”.

“Huisapotheker”

De nieuwe functie “huisapotheker” is een essentiële stap in de voortgezette farmaceutische zorg voor patiënten die een chronische geneesmiddelenbehandeling volgen. De patiënt blijft altijd vrij om een “huisapotheker” te kiezen. De apotheker moet ook niet aan alle patiënten die op basis van hun geneesmiddelengebruik als chronische patiënt kunnen worden beschouwd voorstellen om hem/haar als “huisapotheker” aan te duiden. Veel patiënten zijn zelfredzaam en hebben de extra hulp niet nodig.

De definitie van een patiënt die een chronische geneesmiddelenbehandeling volgt, luidt: “Elke patiënt bij wie wordt vastgesteld dat er in dezelfde apotheek binnen een periode van een jaar minimum 5 verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (op basis van de vijfde niveau van de ATC rangschikking, dat wil zeggen niveau werkzaam bestanddeel of combinatie van werkzame bestanddelen), waarvan ten minste 1 chronisch geneesmiddel (“chronisch” = ten minste 160 ODD afgeleverd in de jongste 12 maanden) aan hem/haar werden verstrekt...”¹

4.5. Geestelijke gezondheidszorgberoepen

De minister verwijst met betrekking tot de financiering van de psychologische zorg in de eerste lijn naar haar uiteenzetting over de “nieuwe beleidsmaatregelen”. Voor de ondersteunende beroepen zal nog tijdens de lopende zittingsperiode advies aan de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen worden gevraagd. Belangrijk is dat de prioriteiten meer bepaald de erkenningsvoorwaarden voor de klinische psychologie en orthopedagogie voor iedereen duidelijk zijn.

4.6. Kinesithérapie

De kinesithérapiesector ligt ten grondslag aan de voorstellen die op de vergaderingen van de Taskforce werden voorgesteld. Deze Taskforce werd opgericht ingevolge het met de sector gesloten protocolakkoord dat werd toegevoegd aan het individueel akkoord, dat in februari 2017 aan de kinesithérapeuten werd voorgelegd. Het lag onder meer in de bedoeling een

¹ Bron: overeenkomst tussen apothekers en verzekeringsinstellingen.

problèmes de santé, les atteintes à la vie privée et la distribution de médicaments falsifiés.”.

Pharmacie de référence

La nouvelle fonction de “pharmacien de référence” représente une étape essentielle dans le suivi des soins pharmaceutiques des patients qui reçoivent un traitement médicamenteux chronique. Le patient reste toujours libre de choisir un pharmacien de référence. Le pharmacien n’est pas non plus obligé de proposer à tous ses patients qui, sur la base de leur consommation de médicaments, peuvent être considérés comme des patients chroniques, de le désigner comme “pharmacien de référence”. Beaucoup de patients sont autonomes et n’ont pas besoin d’une aide supplémentaire.

La définition d’un patient qui nécessite un traitement médicamenteux chronique est rédigée comme suit: “Tout patient, dont le constat est fait, dans la même pharmacie sur une période d’un an, d’une utilisation de 5 médicaments remboursés différents (au niveau ATC-5, ce qui veut dire au niveau principe actif ou combinaison de principes actifs), dont au moins 1 médicament chronique (“chronique” = au moins 160 DDD délivrées les 12 derniers mois)”¹.

4.5. Les professions des soins de santé mentale

En ce qui concerne le financement des soins de psychologie, la ministre renvoie en première instance à son exposé sur les “nouvelles mesures de politique”. En ce qui concerne les professions d’appui, la ministre demandera l’avis du Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale au cours de la législature actuelle. Ce qui est important, c’est que les priorités – et plus précisément les critères de reconnaissance des praticiens en psychologie clinique et orthopédagogie – soient claires pour tout le monde.

4.6. Kinésithérapie

Le secteur de la kinésithérapie est à la base des propositions qui ont été présentées lors des réunions de la Task Force. Cette Task Force a été créée à la suite du protocole d’accord qui a été convenu avec le secteur et joint à l’accord individuel, qui a été soumis en février 2017 aux kinésithérapeutes. L’une des missions était de préparer une vision d’avenir pour la kinésithérapie. Dans

¹ Source: Convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

toekomstvisie voor de kinesithérapie voor te bereiden. In dat verband worden voorstellen geformuleerd om de nomenclatuur aan te passen.

De vereiste pathologiegerelateerde behandeling van de patiënt zou kunnen worden uitgedrukt in behandelingsduureenheden. Om uit te testen of dat nieuwe concept haalbaar is, lijkt het raadzaam een testproject op te starten met een specifieke groep en een specifieke pathologie. De Technische Raad voor Kinesithérapie werd verzocht een voorstel in dat verband uit te werken.

4.7. Verpleegkundigen

Met betrekking tot de problematiek rond de opleiding verpleegkunde voor HBO5 merkt de minister op dat:

— in 2016, via de omzetting van de Europese Richtlijn 2013/55, minimale opleidingscriteria en minimale competenties voor verpleegkundigen in de Belgische wetgeving werden ingevoegd.

— alle personen die een opleiding verpleegkunde aangevat hebben vanaf september 2016 aan deze vereisten (ongeacht het opleidingsniveau) dienen te beantwoorden;

— deze wetswijziging een minimaal kwaliteitsniveau voor alle verpleegkundigen beoogt;

— de ministers bevoegd voor onderwijs dienen te garanderen dat de opleidingen tot verpleegkundige aan de minimale opleidingscriteria en minimale competenties voldoen;

De minister beklemtoont dat dit concreet betekent dat de HBO5-opleiding nog steeds toegang kan geven tot het beroep van verpleegkundige, op voorwaarde dat de opleidingen EU-conform zijn. Er moet worden geëvolueerd naar een verpleegkundig zorgdomein. Hiervoor wordt één type algemeen basisverpleegkundige behouden, waar zowel de mogelijkheid bestaat om via HBO5 als via bacheloropleiding toegang toe te krijgen voor zover aan de criteria wordt voldaan.

Daarnaast zijn er vele aanvragen voor bijzondere beroepstitels. Recent werd bijvoorbeeld ook de vraag gesteld om een bijzondere beroepstitel te creëren voor de colonscopie-verpleegkundige. Verpleegkundigen met deze bijzondere expertise en specifieke domeinen zijn waardevol, maar dit moet niet noodzakelijk vertaald te worden in een bijzondere beroepstitel. Voor

ce contexte, il y a des propositions visant à adapter la nomenclature.

Le besoin de traitement lié à la pathologie du patient pourrait être exprimé en unités de temps de traitement. Afin de tester la faisabilité de ce nouveau concept, il semble indiqué d'entreprendre un projet test, ciblé sur un groupe spécifique et une affection spécifique. Il a été demandé au Conseil technique de la kinésithérapie d'élaborer une proposition à cet effet.

4.7. Infirmières

En ce qui concerne la problématique de la formation en soins infirmiers au niveau de l'enseignement supérieur professionnel (HBO5), la ministre fait observer que:

— des critères minimums de formation et des compétences minimales ont été inscrits dans la législation belge en 2016 par le biais de la transposition de la Directive européenne 2013/55;

— depuis septembre 2016, toutes les personnes ayant entamé une formation en soins infirmiers (quel que soit le niveau de la formation) doivent satisfaire à ces exigences;

— cette modification législative vise à établir un standard de qualité minimum pour tous les infirmiers;

— les ministres compétents en matière d'enseignement doivent garantir que les formations en soins infirmiers satisfont aux critères minimums de formation et aux compétences minimales.

La ministre souligne que cela signifie que la formation HBO5 donne toujours accès à la profession d'infirmier, à condition que les formations concernées soient conformes aux spécifications de l'UE. Il faut évoluer vers un domaine des soins infirmiers. Pour ce faire, on conservera un seul type de formation de base en soins infirmiers, à laquelle il sera possible d'accéder tant via la filière HBO5 que via celle du bachelier, pour autant qu'il soit satisfait aux critères.

Il existe par ailleurs de nombreuses demandes de reconnaissance de titres professionnels particuliers. C'est ainsi notamment qu'il existe depuis peu une demande de création d'un titre professionnel d'infirmier spécialisé en coloscopie. Les infirmières qui disposent d'une expertise dans ce domaine ou dans un autre sont précieuses, mais il n'y a pas nécessairement lieu

gespecialiseerde verpleegkundigen betekent een brede basiskennis een absolute meerwaarde.

In het verpleegkundig zorgdomein zijn *Advanced Nurse Practitioners* (ANP) werkzaam. Ze beschikken over een bijzondere klinische en wetenschappelijke expertise en vormen een belangrijke schakel bij de interdisciplinaire samenwerking. Er moet echter meer duidelijkheid komen over hun takenpakket en hun bevoegdheden en bevoegdheden.

Er werd een adviesvraag gesteld aan de Federale Raad voor Verpleegkunde over zowel de gespecialiseerde verpleegkundige en de domeinen waarin zij werkzaam kunnen zijn, als over de ANP-rol.

In het kader van de hervorming van het KB nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) wordt gewerkt aan een aanpassing van de wettelijke bepalingen inzake de onwettige uitoefening van gezondheidsberoepen. Het uitgangspunt is het principe dat gezondheidszorg door gezondheidszorgbeoefenaars wordt verstrekt, maar er wordt voorzien in een aantal uitzonderingen, waaronder de “bekwame helper”.

De “bekwame helper” is een persoon uit de omgeving van de patiënt (bijv. een kinderverzorger in de crèche of een leerkracht op school) die na delegatie van een gezondheidszorgbeoefenaar en binnen een welbepaald kwaliteitskader een (of meerdere) gezondheidszorgverstrekking(en) bij een zorgvrager uitvoert. Er wordt een mogelijkheid gecreëerd, maar de persoon uit de omgeving van de patiënt kan niet verplicht worden, om een gezondheidszorgverstrekking uit te voeren.

In 2018 zullen die concepten in wetgeving worden omgezet. Op dit ogenblik zijn de gesprekken met de gemeenschappen lopend met als doelstelling hierover een (pragmatisch) protocolakkoord af te sluiten, zodat ook de gemeenschappen kunnen meewerken aan een kwaliteitsvolle operationalisering van deze aanpassing van de WUG.

De thuisverpleegkundigen die de derdebetalersregeling hanteren, zijn sinds 1 oktober 2017 verplicht bij ieder contact met de patiënt diens identiteit elektronisch te controleren aan de hand van de e-ID-lezer.

De datum van inwerkingtreding van deze verplichting werd bepaald in overleg met de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen van het RIZIV, waarin zowel de thuisverpleegkundigen

de traduire cette expertise en un titre professionnel particulier. Pour les infirmières spécialisées, le fait de disposer d'un large socle de connaissances générales constitue une plus-value indéniable.

Dans le domaine des soins infirmiers, des *Advanced Nurse Practitioners* (ANP) sont actifs. Ils disposent d'une expertise clinique et scientifique spécifique et représentent un maillon essentiel de la coopération interdisciplinaire. Il convient toutefois de clarifier davantage leur mission, leurs aptitudes et leurs compétences.

Une demande d'avis a été adressée au Conseil fédéral de l'art infirmier tant sur les infirmiers spécialisés et leurs domaines d'action potentiels que sur le rôle des ANP.

Dans le cadre de la réforme de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, une modification des dispositions légales est en cours concernant l'exercice illégal des professions des soins de santé, en partant du principe que les soins de santé doivent être dispensés par des professionnels des soins de santé, mais en prévoyant toutefois un certain nombre d'exceptions, dont celles relatives à “l'auxiliaire qualifié”.

L'“auxiliaire qualifié” est une personne de l'entourage du patient (par exemple une gardienne d'enfant dans une crèche ou un enseignant dans une école) qui, après délégation d'un professionnel des soins de santé et dans un cadre de qualité bien défini, exécute une (ou plusieurs) prestation de santé chez un demandeur de soins. Si cette possibilité est créée, elle n'impose pas à la personne de l'entourage du patient l'obligation d'exécuter une prestation de santé.

En 2018, ces concepts seront transposés dans la législation. Pour l'heure, des discussions sont en cours avec les communautés en vue de conclure un protocole d'accord (pragmatique) en la matière, afin que ces dernières puissent, elles aussi, collaborer à la qualité de la mise en œuvre de cette modification de la législation relative à l'exercice des professions des soins de santé

Les infirmiers à domicile qui appliquent le système du tiers payant, doivent, à partir du 1^{er} octobre 2017, obligatoirement vérifier l'identité du patient de manière électronique à chaque contact avec le patient moyennant la lecture obligatoire de l'e-ID.

La date d'entrée en vigueur de l'obligation a été déterminée en concertation avec la commission de conventions infirmiers-organismes assureurs de l'INAMI ou siègent des représentants des infirmiers à domicile

als de ziekenfondsen vertegenwoordigd zijn. Deze beslissing werd genomen in oktober 2016 en de datum van inwerkingtreding werd bevestigd op de vergadering van het Verzekeringscomité van eind september 2017.

De thuisverpleegkundigen werden tijdig van deze nieuwe maatregel in kennis gesteld. Het RIZIV heeft op zijn webstek een speciaal voor de thuisverpleegkundigen bedoelde pagina aangemaakt over hoe zij de identiteit van de patiënt in het kader van de derdebetalersregeling moeten controleren. Verschillende verzekeringsinstellingen, beroepsorganisaties voor verpleegkundigen en diensten voor thuisverpleegkunde hebben hun leden ingelicht over deze nieuwe maatregel.

Het RIZIV heeft initiatieven genomen om de patiënten te informeren over de nieuwe regeling, alsook over hoe belangrijk het is dat zij bij ieder contact met hun verpleegkundige hun identiteitskaart voorleggen. Al deze informatie is terug te vinden op een patiëntenwebpagina. De ziekenfondsen hebben een persmededeling dienaangaande ontvangen en werden ertoe opgeroepen ruchtbaarheid aan de nieuwe maatregel te geven.

In overleg met de thuiszorgsector werd bepaald dat in een aantal gevallen van de regeling mag worden afgeweken. Zo kan in 10 % van de gevallen worden afgeweken van de e-ID-lezing van de identiteitskaart. In die gevallen kan de lezing geschieden door de barcode op een ziekenfondskleef te scannen, of door handmatig een INSZ-nummer in te voeren. De verpleegkundigen moeten echter aangeven waarom ze geen gebruik maken van de e-ID-lezer (bijvoorbeeld door een storing van het informaticasysteem).

Bij overschrijding van die 10 % zal de facturatie niet worden geweigerd; dat percentage is een bovengrens. Wanneer die grens wordt overschreden, kunnen de controlediensten van het RIZIV (in het kader van de opvolging) een onderzoek instellen naar de redenen waarom een thuisverpleegkundige de identiteitskaart niet elektronisch heeft ingelezen.

De minister is zich bewust van de problemen die de toepassing van de nieuwe reglementering in de praktijk met zich kan brengen. Momenteel wordt werk gemaakt van een oplossing. Op 4 december 2017 zal het Verzekeringscomité een en ander evalueren.

Met betrekking tot de vergoeding van de verpleegkundigen en de premies, geeft de minister aan dat de Ministerraad op 23 oktober 2015 een eerste schijf van 50 miljoen euro heeft vrijgemaakt in het kader van de gefaseerde implementering van het IF-IC-model op federaal niveau, en dat enkel voor de federale

et des mutuelles. Cette décision a été prise en octobre 2016 et la date d'entrée en vigueur a été confirmée lors du Comité de l'assurance fin septembre 2017.

Les infirmiers ont été informés de cette nouvelle mesure en temps utile. L'INAMI a dédié sur son site une page web spécialement pour les infirmiers concernant la vérification de l'identité du patient en appliquant le système du tiers payant. Différents organismes assureurs, organisations professionnelles pour infirmiers et services pour l'infirmier à domicile ont communiqué la nouvelle mesure à leurs membres.

L'INAMI a pris des initiatives pour informer les patients sur le nouveau règlement et l'importance de présenter lors de chaque contact leur document d'identité. Une page web reprend toutes ces informations pour les patients, un communiqué de presse et un appel ont été lancés aux mutuelles pour communiquer la nouvelle mesure.

En concertation avec le secteur des soins à domicile, un certain nombre de règles dérogatoires ont été déterminées. Ainsi, dans 10 % des cas il peut être dérogé de la lecture e-ID. La lecture peut se faire par un code barre sur une vignette de la mutuelle ou en introduisant manuellement un numéro NISS. Cependant, les infirmiers doivent motiver les raisons pour lesquelles ils dérogent à la lecture e-ID (par exemple par une panne du système informatique).

Le fait de dépasser les 10 % ne mènera pas à un refus de la facturation. La marge des 10 % est un seuil. Si le seuil est dépassé, les services de contrôle de l'INAMI (dans le cadre du suivi) peuvent enquêter sur les raisons pour lesquelles un infirmier n'a pas lu électroniquement la carte d'identité.

La ministre est consciente des problèmes sur le terrain pour l'application de la nouvelle réglementation. Les problèmes sont en phase d'être solutionnés. Une évaluation par le Comité de l'assurance aura lieu le 4 décembre 2017.

Concernant la rémunération des infirmiers et des primes, la ministre explique que le Conseil des ministres a libéré le 23 octobre 2015 une première tranche de 50 millions d'euros dans le cadre d'une implémentation en plusieurs phases du modèle IF-IC au niveau fédéral et ce uniquement pour les institutions et services de

gezondheidsinstellingen en –diensten die onder de werkingssfeer van paritair comité 330 ressorteren.

Wat in dit model nieuw is, is enerzijds het feit dat de werknemers vergoed worden op basis van de inhoud en zwaarte van hun functie, en niet meer alleen op basis van hun diploma, en anderzijds wordt de evolutie van het loon over de loopbaan niet meer zo sterk beïnvloed door het aantal dienstjaren, zoals dat in de huidige systemen het geval is.

In het kader van de onderhandelingen werd beslist om onder meer de BBT- en BBK-premies in de nieuwe IF-IC-loonschalen te integreren. De nieuwe loonschalen zullen worden toegekend aan het personeel dat in dienst zal worden genomen na de uitrol van de nieuwe regeling.

4.8. *Vroedvrouwen*

De bevoegdheden van de vroedvrouw werden in 2006 uitgebreid tot het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen, het uitvoeren van echografieën en het uitvoeren van bekkenbodembreëducatie. Tot nu toe is er enkel een uitvoeringsbesluit voor het voorschrijven van geneesmiddelen uitgewerkt. Het advies van de Federale Raad voor de Vroedvrouwen omtrent de kwalificatiemodaliteiten en –criteria waaraan een vroedvrouw moet voldoen om echografieën uit te voeren en de wetenschappelijke literatuur omtrent dit onderwerp zullen geanalyseerd worden. Er zal geen onderscheid worden gemaakt tussen vroedvrouwen in de ziekenhuizen en de zelfstandige vroedvrouwen. De minister hecht veel belang aan het verantwoord gebruik van echografieën (en medische beeldvorming in het algemeen) en beoogt efficiënte gezondheidszorg. De publicatie van het uitvoeringsbesluit is voorzien in 2018. Het is niet de ambitie om een “gespecialiseerde vroedvrouw in de echografie” te creëren. Wel is het aangewezen dat binnen een multidisciplinaire equipe onder bepaalde voorwaarden de vroedvrouw ook een beperkt aantal echo's kan uitvoeren.

4.9. *Paramedici*

Alle noodzakelijke adviezen voor de opleiding tot mondhygiënist zijn beschikbaar. Een voorontwerp van koninklijk besluit houdende de erkenningsnormen is in finale voorbereidingfase en zal nog in 2017 aan de Raad van State worden voorgelegd. Tijdens de basisopleiding zullen er stages moeten worden gedaan. Die behoren tot de bevoegdheden van de gemeenschappen. Momenteel is tijdens de stage geen dadelijk patiëntcontact. Eens het normatief koninklijk besluit gepubliceerd is en inwerking getreden, zullen de stages zoals voor de andere paramedische beroepen, tijdens de opleiding doorgaan.

santé fédéraux qui relèvent de la sphère de fonctionnement de comité paritaire 330.

Ce qui est nouveau dans ce modèle, c'est d'une part que les travailleurs sont récompensés en fonction du contenu et de la pénibilité de leur fonction et plus uniquement en fonction de leur diplôme; d'autre part, l'évolution du salaire à travers la carrière n'est plus si fortement influencée par l'ancienneté comme c'est le cas dans les systèmes actuels.

Dans le cadre des négociations, il a été décidé d'intégrer entre autres les primes BBT et BBK dans les nouveaux barèmes IF-IC. Les nouveaux barèmes seront attribués au personnel qui sera recruté après le déploiement.

4.8. *Sages-femmes*

En 2006, les compétences dévolues aux sages-femmes ont été élargies à la prescription de certains médicaments, à l'exécution d'échographies et à la rééducation abdominopelvienne. Jusqu'à présent, seul un arrêté d'exécution a été élaboré en vue de la prescription de médicaments. L'avis du Conseil fédéral des sages-femmes relatif aux modalités et aux critères de qualification auxquels doivent satisfaire les sages-femmes pour effectuer des échographies, ainsi que la littérature scientifique y relative seront analysés. Une distinction sera opérée entre les sages-femmes dans les hôpitaux et les sages-femmes indépendantes. La ministre attache une grande importance à une utilisation responsable des échographies (et de l'imagerie médicale en général) et veut des soins de santé efficaces. La publication de l'arrêté d'exécution est prévue en 2018. L'ambition n'est pas de créer une “sage-femme spécialisée en échographies”. Mais il se recommande qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la sage-femme puisse également, sous certaines conditions, effectuer un certain nombre d'échographies.

4.9. *Paramédicaux*

Tous les avis nécessaires relatifs à la formation d'hygiéniste bucco-dentaire sont disponibles. Un avant-projet d'arrêté royal fixant les critères d'agrément est en cours de finalisation et sera encore soumis au Conseil d'État en 2017. Durant la formation de base, des stages devront être effectués. Ces stages relèvent des compétences des Communautés. Actuellement, aucun contact direct avec le patient n'est possible durant le stage. Lorsque l'arrêté royal normatif aura été publié et sera entré en vigueur, les stages se dérouleront durant la formation, à l'instar des autres professions paramédicales.

4.10. *Pre-hospitaal zorgberoepen*

Met betrekking tot de dringende geneeskundige hulpverlening (DGH) werd tijdens de interministeriële conferentie (IMC) van 20/11/2017 beslist om in de schoot van de Interkabinettenwerkgroep (IKW) zorgberoepen een werkgroep op te richten met als opdracht de voorbereidende werken voor de definitie van het beroep van “ambulancier niet kritiek ziekenvervoer” aan te vatten. Deze werkgroep zal aangevuld worden met deskundigen DGH van de federale overheid en de gemeenschappen. De verschillende Federale raden zullen advies over de invulling van dit beroep moeten verstrekken.

4.11. *De niet-conventionele praktijken*

Er wordt gewerkt aan de ontwerp teksten voor de erkenning van de osteopaten en de chiropractors waarbij rekening wordt gehouden met de gevoeligheden van de verschillende partners. Bij de redactie werd ook rekening gehouden met hetgeen werd verklaard tijdens de hoorzitting die over dit dossier werd gehouden. Aangezien de regeringspartners hebben aangegeven dat zij het belangrijk vinden dat het voorstel gedragen wordt door de sector, wordt er in de komende weken een overleg georganiseerd met de vertegenwoordigers van de osteopaten en chiropractors. Het is de bedoeling om een akkoord binnen de regering te hebben voor het einde van het jaar.

4.12. *Planning*

De buitenlandse instroom van de zorgverstrekkers en studenten wordt als volgt geregeld:

- In de zogenaamde Sokkelwet zal een bepaling worden voorzien waarin talenkennis wordt ingevoerd als een voorwaarde voor aflevering en behoud van de *licence to practice* (Sokkelwet).
- Kennis van de taal om duidelijk met de patiënt en andere zorgverleners te kunnen communiceren, past in het kader van voorwaarden voor een kwaliteitsvolle uitoefening van de gezondheidszorg.
- Op het ogenblik van de aanvraag van het visum dient men, gelet op voormelde regelgeving en rechtspraak, enkel te bewijzen dat men één van de landstalen kent.
- Eens de beoefenaar zich gevestigd heeft in een bepaalde regio wordt aangenomen dat hij de taal van dat taalgebied kent.

4.10. *Professions de soins pré-hospitaliers*

En ce qui concerne l'aide médicale urgente (AMU), il a été décidé lors de la conférence interministérielle (CIM) du 20 novembre 2017 de créer, au sein du groupe de travail intercabinets (GTI) professions de la santé, un groupe de travail ayant pour mission d'entamer les travaux préparatoires pour la profession d'“ambulancier de transport de patients non critiques”. Ce groupe de travail sera complété de spécialistes AMU de l'autorité fédérale et des Communautés. Les différents conseils fédéraux seront chargés de rendre des avis sur la concrétisation de cette profession.

4.11. *Les pratiques non conventionnelles*

On travaille aux projets de textes relatifs à la reconnaissance des ostéopathes et des chiropracteurs, en tenant compte des sensibilités des différents partenaires. Lors de la rédaction, il est également tenu compte de ce qui a été déclaré au cours de l'audition consacrée à ce dossier. Vu que les partenaires du gouvernement ont indiqué qu'ils trouvent important que la proposition bénéficie du soutien du secteur, une concertation sera organisée au cours des prochaines semaines avec les représentants des ostéopathes et des chiropracteurs. L'objectif est de parvenir à un accord au sein du gouvernement avant la fin de l'année.

4.12. *Planning*

L'arrivée de prestataires de soins et d'étudiants étrangers est réglée comme suit:

- Dans la “loi socle”, on prévoira une disposition instaurant la connaissance de la langue en tant que condition pour l'octroi et la conservation de la *licence to practice* (loi socle).
- La connaissance de la langue en vue de pouvoir communiquer clairement avec le patient et les autres prestataires de soins s'inscrit dans le cadre des conditions pour un exercice qualitatif des soins de santé.
- Au moment de la demande du visa, il suffira, eu égard à la réglementation et à la jurisprudence précitées, de prouver que l'on connaît l'une des langues nationales.
- Une fois que le prestataire de soins se sera établi dans une certaine région, on partira du principe qu'il connaît la langue de cette région linguistique.

- Het niet naleven van de bepalingen zal gesanctioneerd worden (door de Toezichtskamer) via het schorsen of intrekken van het visum.

- Deze voorwaarden zijn niet alleen van toepassing op de gezondheidszorgverleners met een Belgisch diploma, maar ook op alle erkenningen die verlopen conform art. 145 van de WUG, zijnde gezondheidszorgbeoefenaars van buiten de EU.

- Ook de zogenaamde *fellows* (art 146 WUG) zullen met het oog op het verkrijgen van een machtiging moeten aantonen dat ze over de kennis van de taal van het taalgebied beschikken.

- Voor de *fellows* worden de voorwaarden om beroep te doen op de toepassing van dit artikel verstrengd.

4.13. **Artsen in opleiding**

De minister heeft een Groenboek voorgesteld over de stageplaatsen en de financiering ervan. Het betreft een sneuveltekst voor de Hoge Raad van geneesheren-specialisten en huisartsen. Het uitgangspunt van dit Groenboek is het “dubbele cohorte”-vraagstuk. In 2018 stromen door het verkorten van de basisopleidingsduur tot zes jaar tegelijk twee cohorten van artsen in de professionele opleidingstrajecten. Dat betekent dat de stagecapaciteit gedurende enkele jaren met 15 à 20 % moet worden vermeerderd. De impact van deze toename in de tijd hangt af van de geplande opleidingsduur. Die is niet hetzelfde voor de huisartsen en voor de specialisten, en er zijn ook verschillen tussen de specialisten onderling. Een bijkomend aspect voor de huisartsen in opleiding is de verlenging van de beroepsstage van twee tot drie jaar; dit zal ook een professionele ziekenhuisstage omvatten met een eigen erkenningsstelsel voor de stagediensten en de stagemeesters.

De stagecapaciteit zal vervolgens worden afgestemd op de planning van het medisch aanbod en, belangrijker nog, op de zorgvraag van de bevolking in de context van algemene doelstellingen inzake gezondheid, toegankelijkheid en verzekeraarbaarheid.

In tegenstelling tot andere Europese landen zoals Nederland, bestaat er in België geen transparant of uniform financieringsmodel voor de artsenstages. Er bestaan verschillende systemen, naargelang het gaat om huisartsen dan wel specialisten. Een belangrijk aspect is de impliciete financiering, aangezien artsen in opleiding volop terugbetaalbare prestaties kunnen uitschrijven – onder toezicht – en zo een volledig of gedeeltelijk inkomen verkrijgen. Het ontbreekt de

- Le non respect des dispositions sera sanctionné (par la chambre de surveillance) au moyen de la suspension ou du retrait du visa.

- Ces conditions s'appliquent non seulement aux prestataires de soins titulaires d'un diplôme belge, mais aussi à tous les agréments qui ont lieu conformément à l'article 145 de la LEPSS, à savoir concernant les prestataires de soins originaires d'un pays extérieur à l'UE.

- Les personnes visées par l'article 146 de la LEPSS devront également prouver, en vue de l'obtention d'une autorisation, qu'ils connaissent la langue de la région linguistique.

- Pour ces personnes, les conditions pour pouvoir bénéficier de l'application de cet article sont renforcées.

4.13. **Médecins en formation**

La ministre a présenté un “Livre vert” sur les places de stage et leur financement. Il s'agit d'un texte martyr au Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Le point de départ de ce “Livre vert” est la problématique de la “Double cohorte”. En 2018, en raison du raccourcissement de la durée de la formation de base à 6 ans, deux cohortes de médecins parcourront en même temps les trajets de formation professionnelle. Cela signifie que la capacité de stage doit être augmentée de 15 à 20 % pendant quelques années. L'impact de cette augmentation dans le temps dépend de la durée de formation prévue. Elle n'est pas la même pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes; et il y a aussi des différences entre les spécialistes mêmes. Un aspect supplémentaire pour les médecins généralistes en formation est la prolongation du stage professionnel de deux à trois ans; il comportera également un stage hospitalier professionnel avec un système d'agrément propre pour les services de stages et les maîtres de stages.

La capacité de stage devra par la suite être mise en adéquation avec la planification de l'offre médicale et, plus important encore, avec la demande de soins de la population dans le contexte d'objectifs généraux de santé, d'accessibilité et d'assurabilité.

Contrairement à d'autres pays européens, comme les Pays-Bas, il n'existe pas de modèle de financement transparent ou uniforme pour les stages de médecins en Belgique. Différents systèmes existent, selon qu'il s'agit de médecins généralistes ou de médecins spécialistes. Un aspect important est le financement implicite, étant donné que les médecins en formation peuvent attester pleinement – sous supervision – des prestations remboursables et bénéficier ainsi en tout ou en partie d'un

gezondheidsautoriteiten aan een coherente visie, en zowel de FOD Volksgezondheid als het RIZIV voeren een beleid waarbij ze uitgaan van een verschillende juridische basis.

Er wordt een werkgroep opgericht die de kwaliteit van de stageplaatsen en de stagemeesters binnen de Raad vooraf en op continue wijze beoordeelt. Dit moet worden gezien in een langetermijncyclus, over de grenzen van de regeerperiode heen, waarbij de volgende elementen aan bod komen: analyse van de vraag of van de behoeften inzake gezondheidszorg, vaststelling van quota en subquota, programmering van de stageplaatsen en de stagediensten, en financiering. De financiering kan bijdragen tot een verbetering van de kwaliteit.

Tot slot werd een bijzondere werkgroep ingesteld binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid-Gezondheidsberoepen die belast wordt met de programmering van de stagediensten, het “begeleidingsbeleid”, de “dubbele cohorte” en de medische specialiteiten waarin het aantal opgeleide artsen en artsen in opleiding niet in verhouding staat tot de zorgvraag en de behoeften van de instellingen.

De minister heeft de intentie, middels intensief overleg met de stakeholders en de administraties, het Groenboek om te zetten in een Witboek, dat in 2018 operationeel zal kunnen zijn.

Voor wat de huisartsenopleiding betreft, verscheen op 31.10.2017 een aanpassing van het ministerieel besluit van 1 maart 2010, waardoor de mogelijkheid wordt gegeven om de ziekenhuisstage van de basisopleiding, binnen de voorwaarden van de Europese richtlijn 2005/36, te valoriseren als professionele stage. Het zijn de Gemeenschappen die het stageplan erkennen en dus gebruik kunnen, maar niet moeten, maken van deze facilitering voor het geval er niet dadelijk voldoende ziekenhuisstagecapaciteit zou zijn voor de huisartsen in opleiding (HAIO's).

In verband met de aanpassing van de erkenningsvoorwaarden voor huisartsen en artsen-specialisten merkt de minister op dat er een vraag is bij studenten en assistenten in opleiding naar deeltijdse opleiding. Een deeltijdse stage kan enkel toegekend worden in onderlinge afspraak tussen de stagemeester en stagedienst, en de kandidaat. Er wordt in dit besluit enkel een mogelijkheid geboden om tijdens (een bepaald deel van) de opleiding deeltijds te werken. Er moet daarbij rekening gehouden worden met de werking van de stagedienst in zijn geheel. De kandidaten moeten het

revenu. Il manque une vision cohérente au sein des autorités de la santé, et tant le SPF Santé publique que l'INAMI mettent en œuvre une politique en se fondant sur des bases juridiques différentes.

Un groupe de travail est créé pour évaluer préalablement et de façon continue de la qualité des places et des maîtres de stages au sein du Conseil. Ceci doit être vu dans un cycle à long terme, dépassant les limites de la législature, d'analyse de la demande ou des besoins en soins de santé, de fixation de quotas et de sous-quota, de programmation des places et des services de stage, et de financement. Le financement peut contribuer à améliorer la qualité.

Enfin, un groupe de travail particulier a été mis en place au sein de la Conférence interministérielle Santé publique – Professions de santé pour examiner la programmation des services de stage, la “politique d'accompagnement”, la “double cohorte” et les spécialités médicales dans lesquelles le nombre de médecins formés et de médecins en formation n'est pas proportionnel à la demande de soins et aux besoins des établissements.

La ministre a l'intention, au moyen d'une concertation intensive avec les parties prenantes et avec les administrations, de faire du Livre vert un Livre blanc qui pourra être opérationnel en 2018.

En ce qui concerne le programme de formation des médecins généralistes, une modification de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010, publiée le 31 octobre 2017, permet de valoriser le stage hospitalier de la formation de base, dans les conditions prévues par la directive européenne 2005/36, en tant que stage professionnel. Ce sont les Communautés qui reconnaissent le plan de stage et qui pourront donc, mais ne devront pas, avoir recours à cette facilité dans le cas où elles ne disposeraient pas immédiatement d'une capacité de stage hospitalier suffisante pour les médecins généralistes en formation (MGF).

En ce qui concerne l'ajustement des conditions de reconnaissance des médecins généralistes et des médecins spécialistes, le ministre observe une demande de formation à temps partiel de la part des étudiants et des assistants. Un stage à temps partiel ne pourra être accordé que moyennant l'accord commun du maître de stage, du service de stage et du candidat. Cet arrêté ne prévoit que la possibilité de travailler à temps partiel durant (une partie de) la formation. Dans ce cas, le fonctionnement de l'ensemble du service de stage devra toutefois être pris en compte. Les candidats

effect van de proportionele verlenging van de stageduur correct inschatten.

De ministeriële besluiten moeten, rekening houdend met de dubbele cohorte, gezien worden in een geheel van maatregelen die genomen worden om de stagecapaciteit voor de professionele vorming van de artsen te optimaliseren.

De minister neemt een initiatief om de reglementering voor de financiering voor de huisartsen in opleiding in lijn te brengen met de verlengde professionele opleiding die toeneemt met twaalf maanden dus van 24 tot 36 maanden.

In het voorgestelde Groenboek wordt daarvoor een budget opgenomen.

In verband met de contingentering beklemt de minister dat er bijkomende attesten zullen worden toegekend aan de studenten die op het einde van het academiejaar afstuderen, op voorwaarde dat er aan beide zijden van de taalgrens daadwerkelijk een ingangsexamen bestaat (en blijft bestaan). Aangezien dat element echter deel uitmaakt van het binnen de regering gesloten totaalakkoord inzake de RIZIV-nummers, benadrukt de minister dat ook de andere aspecten van het akkoord moeten worden vervuld, onder meer de inwerkingtreding van het op 7 november 2017 in tweede lezing besproken wetsontwerp tot wijziging van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

De minister legt uit dat een vzw geen oplossing biedt voor het vastleggen van de arbeidsrelaties en van het sociaal statuut van de kandidaat-gespecialiseerde artsen. Het dossier, inclusief het voorstel om het huidige statuut uit te breiden met de verwerving van de eerste pensioenpijler, valt onder de bevoegdheden van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, die ter zake een advies zal verlenen.

Tijdens de hoorzittingen ter zake is gebleken dat de artsen die een opleiding volgen tot specialist of huisarts geen vragende partij zijn voor een volwaardig bedienstatuut, noch voor de oprichting van een vzw voor de kandidaat-gespecialiseerde artsen. Wat zij willen is dat hun opleidingsjaren meetellen voor de verwerving van de pensioenrechten, dat de inachtneming van de werkuren wordt gecontroleerd – en dat zo nodig sancties volgen – en dat de opleidingskwaliteit wordt gewaarborgd.

devront évaluer correctement les conséquences de la prolongation proportionnelle de la durée du stage.

Compte tenu de la double cohorte, les arrêtés ministériels doivent s'inscrire dans le cadre d'un ensemble de mesures prises pour optimiser la capacité de stage en vue de la formation professionnelle des médecins.

Le ministre prendra une initiative pour aligner les règles de financement de la formation des médecins généralistes sur l'allongement de la formation professionnelle, prolongée de 12 mois et passant de 24 à 36 mois.

Le Livre vert proposé prévoit un budget à cet effet.

Concernant le contingentement la ministre souligne qu'à condition qu'il existe (et continue à exister) un examen d'entrée effectif en permanence des deux côtés de la frontière linguistique, des certificats supplémentaires seront délivrés aux étudiants qui seront promus à la fin de l'année académique 2017-2018. Mais vu que cet élément fait partie de l'accord global qui a été conclu au sein du gouvernement dans le dossier des numéros INAMI, la ministre insiste sur le fait qu'il faut également répondre aux autres aspects de l'accord tels qu'entre autres l'entrée en vigueur du projet de loi portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé qui a été discuté en deuxième lecture le 7/11.

La ministre explique qu'une asbl n'est pas une solution pour régler les relations de travail et le statut social des médecins candidats spécialiste. Le dossier, y compris la proposition de passer à l'extension du statut actuel avec l'acquisition du premier pilier de pension ressort des compétences de la Commission nationale médico-mutualiste qui rendra un avis en la matière.

Lors des auditions organisées à ce sujet, il est apparu que les médecins candidats spécialistes et généralistes en formation ne sont pas demandeurs d'un statut d'employé à part entière ni de la création d'une asbl pour les médecins candidats spécialistes. Ils veulent que leurs années de formation comptent pour l'acquisition des droits à la pension, que le respect des horaires de travail soit contrôlé et éventuellement sanctionné et que la qualité de la formation soit garantie.

5.1. Ziekenhuisnetwerken

Overeenkomstig het voorontwerp van wet over de ziekenhuisnetwerken dat momenteel wordt onderzocht door de regering, zal elk algemeen ziekenhuis in de toekomst verplicht moeten deel uitmaken van een locoregionaal klinisch netwerk. Het ontwerp legt slechts beperkte organieke voorwaarden op, onder meer qua vorm, qua patiëntenpopulatie. Er werd altijd aangegeven dat de ziekenhuisnetwerken “logisch” moeten worden gevormd. Ze moeten duidelijk leesbaar zijn voor de patiënt en locoregionale zorg betreffen niet de dure, hoogtechnologische of complexe zorg.

De eerste voorstellen over de netwerkvorming gingen uit van een sterk federaal organiek kader maar werden in vraag gesteld vooral in de context van de bevoegdheidsverdeling. Het voorontwerp dat nu op tafel ligt is minder ambitieus wat betreft de criteria. Bovendien zullen de netwerken moeten erkend worden door de bevoegde deelstaatsministers. Dat brengt met zich mee dat het aan hen is om in de nodige regels te voorzien opdat de netwerken logisch gevormd worden. Tot slot blijft de keuzevrijheid van de patiënt onverkort.

De Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, de heer Vandeuren, werkt aan de nodige normering en wil de netwerken laten aansluiten op de eerstelijnsnetwerken. Het federale niveau is niet meer bevoegd voor de organisatie van de eerste lijn.

Sinds het begin van de regeerperiode raadpleegt de minister de deelstaten over de ziekenhuishervorming; dat gebeurt in het kader van de interministeriële conferentie “Volksgezondheid”. Het is moeilijk om met zeven ministers over alle aspecten tot een akkoord te komen. Het is echter belangrijk dat elke overheid de verantwoordelijkheid opneemt om de nodige bijstellingen in het ziekenhuislandschap uit te voeren, teneinde de kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren en te waarborgen dat op lange termijn de ziekenhuizen goede zorg blijven aanbieden tegen een aanvaardbare prijs.

Gezamenlijk bestuur van de ziekenhuisnetwerken kan een meerwaarde zijn. In dat verband is het belangrijk dat de artsen nauw bij het beheer worden betrokken. Een bestuursmodel waarbij het bestuur en het medisch korps gezamenlijk beslissen over de vraagstukken inzake het medisch beleid, zou een oplossing kunnen vormen.

Het aantal bedden voor acute verzorging kan in de context van de ziekenhuishervorming inderdaad worden verminderd. Volgens het actieplan voor de hervorming

5.1. Réseaux hospitaliers

Conformément à l’avant-projet de loi relatif aux réseaux hospitaliers actuellement examiné par le gouvernement, tout hôpital général devra, à l’avenir, obligatoirement faire partir d’un réseau clinique locorégional. Le projet n’impose que des conditions organiques limitées, notamment en matière de forme, de patients. Il a toujours été indiqué que la formation des réseaux hospitaliers doit être “logique”. Ils doivent être compréhensibles pour le patient et concerner les soins locorégionaux, et non les soins onéreux, de haute technologie et complexes.

Les premières propositions relatives à la formation de réseaux étaient basées sur un cadre organique fédéral fort, mais elles ont été remises en cause, principalement au regard de la répartition des compétences. L’avant-projet actuellement examiné propose des critères moins ambitieux. En outre, les réseaux devront être reconnus par les ministres compétents des entités fédérées. Cela implique qu’il leur reviendra de prévoir les règles nécessaires pour respecter la logique de la formation des réseaux. Enfin, la liberté de choix du patient demeure inchangée.

Le ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, M. Vandeuren, élabore actuellement les normes nécessaires et tient à rapprocher les réseaux des réseaux de première ligne. L’organisation de la première ligne ne relève plus des compétences du niveau fédéral.

La ministre consulte les entités fédérées depuis le début de la législature sur la réforme hospitalière dans le cadre de la Conférence interministérielle sur la santé publique. Il est difficile de parvenir à un accord sur tous les points avec sept ministres. Cependant, il est important que chaque autorité prenne la responsabilité de mettre en œuvre les ajustements nécessaires dans le paysage hospitalier afin d’améliorer la qualité des soins aux patients et de garantir de bons soins hospitaliers à long terme à un prix acceptable.

Une co-gouvernance des réseaux hospitaliers peut représenter une valeur ajoutée. Dans ce cadre il est important que les médecins soient étroitement impliqués dans la gestion. Un modèle d’administration dans lequel l’administration et le corps médical décident de commun accord des questions qui concernent la politique médicale peut être une solution.

Le nombre de lits pour soins aigus peut en effet être réduit dans le contexte de la réforme des hôpitaux. Dans le Plan d’Action pour la réforme du financement des

van de ziekenhuisfinanciering kan een deel van de geleidelijke afschaffing van de bedden voor acute verzorging (C, D, E, M) gepaard gaan met een omvorming tot bedden voor de verzorging van een groter aantal chronische aandoeningen (bijvoorbeeld G-bedden of Sp-bedden).

In dat kader moet echter – in nauw overleg met de deelstaten – worden aangegeven welke stadia in het zorgtraject van de patiënten met chronische aandoeningen moeten worden doorlopen in de ziekenhuizen (die veel geld kosten) ten opzichte van de stadia die kunnen plaatsgrijpen in andere infrastructuur (met minder geavanceerde technologie).

5.2. Aanbodbeheersing

De genoemde clusters van zorgopdrachten, enerzijds materniteit en pediatrie (of ook “moeder-kind”) en anderzijds de niet-planbare zorg (dat is dus ruimer dan alleen de spoedgevallendienst en moet samen worden gezien met bijvoorbeeld de huisartsenwachtposten, de MUG's en PIT's, de ambulances enzovoort) zijn de clusters van zorgopdrachten die prioriteit verdienen als wordt gerefereerd aan rationalisering van het aanbod.

Het gaat over locoregionale zorgopdrachten, die afstemming vergen in de geplande locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken. Het is goed dat al van bij de netwerkvorming hierover gediscussieerd wordt door de samenwerkende ziekenhuizen. Het betreft zorgopdrachten die momenteel in bijzonder veel ziekenhuizen aangeboden worden, die duur zijn in hun uitbating doordat er permanentie moet zijn, 24u/24 en 7d./7.

Aangezien patiënten tegenwoordig bereid zijn zich te verplaatsen blijft de toegankelijkheid tot de zorg gewaarborgd, ook als er minder materniteiten, pediatrieën en gespecialiseerde spoedgevallendiensten zouden zijn.

Uit de KCE-studies blijkt dat niet alle diensten steeds voldoende activiteit hebben om onder meer voldoende expertise uit te bouwen. Expertise en kwaliteit gaan samen.

Er is een tekort aan spoedartsen, om de permanentie te garanderen in alle diensten spoedgevallen. Ook voor andere disciplines geldt dat samenwerken efficiënter is. Gynaecologen en pediaters werken meestal zelf ook liever in een ruimer verband samen. Dat biedt hen kansen om zich te verdiepen in een deeldiscipline en laat hen toe minder van wacht te zijn.

hôpitaux, il est prévu qu'une partie de la suppression progressive des lits pour soins aigus (C, D, E, M) peut s'accompagner d'une reconversion en lits dans lesquels plus de pathologies chroniques sont soignées (par ex. lits G – ou lits Sp).

Dans ce cadre, il faut toutefois indiquer quelles phases doivent être parcourues dans le trajet de soins des patients présentant des affections chroniques dans les murs d'infrastructures hospitalières (chères) – par rapport à quelles phases peuvent avoir lieu dans d'autres infrastructures (moins de haute technologie) – et cette dernière possibilité en étroite concertation avec les régions.

5.2. Gestion de l'offre

Les clusters de missions de soins cités, d'une part la maternité et la pédiatrie (également appelées “soins mère-enfant”), et d'autre part les soins non planifiables (qui vont dès lors au-delà des seuls services d'urgences et doivent être considérés par exemple, comme formant un tout avec les postes de garde des médecins généralistes, les SMUR et les PITS, les ambulances, ...) sont ceux qui méritent la priorité en ce qui concerne la rationalisation de l'offre.

Il s'agit de missions de soins locorégionales, qui doivent être harmonisées avec les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux prévus. Il est positif que les hôpitaux qui collaboreront en discutent dès la formation du réseau. Ce sont des missions de soins actuellement proposées par de très nombreux d'hôpitaux, dont l'exploitation est onéreuse, en raison de la permanence requise 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Dès lors que les patients sont actuellement disposés à se déplacer, l'accessibilité aux soins reste garantie, même s'il y avait moins de maternités, de pédiatries et de services d'urgences spécialisés.

Il ressort d'études du KCE que tous les services ne sont pas toujours suffisamment actifs afin d'acquérir une expertise suffisante notamment. L'expertise et la qualité vont de pair.

Il y a une pénurie de médecins urgentistes afin de garantir la permanence dans tous les services d'urgence. Il s'avère qu'il est plus efficace de collaborer dans d'autres disciplines également. Les gynécologues et les pédiatres préfèrent aussi collaborer dans une structure plus large. Ils peuvent ainsi approfondir leurs connaissances dans une sous-spécialité et être moins souvent de garde.

De huidige financiering van de dienst spoedgevallen, zet eerder aan tot overmatig dan tot correct gebruik. Hoe minder activiteit, hoe minder kostendekking. Het is belangrijk dat de patiënt weet waar hij terecht kan voor niet-planbare zorg.

Het KCE maakte reeds een studie over de benodigde beddencapaciteit voor pediatrie en materniteiten. Die studie moet nu verruimd worden om de behoeften aan moeder-kindzorg te objectiveren. De benodigde beddencapaciteit is maar één aspect van het verhaal. Zowel de studie als de voorbereiding van de besluitvorming zullen prioriteiten zijn voor 2018. De regelgeving zelf is gepland voor begin 2019, dit is voor het einde van de legislatuur.

Ook over de cluster niet-planbare zorg werkt het KCE aan een studie die wordt verwacht tegen 2020.

5.3. *Financiering van de laagvariabele zorg*

De implementatie van de laagvariabele zorg is gepland vanaf september 2018. Het betreft in een eerste stap de bundeling van honoraria (dus de combinatie van fase 1 en 2 uit het Plan van Aanpak). Alle stakeholders hebben reeds de basisinformatie (beschrijving systeem en simulatie aan de hand van de jaren 2012-2014) ontvangen. Het betreft meer patiëntengroepen dan in het vroegere systeem van de referentiebedragen.

Voor de mediumvariabele zorg is de eerste stap de vereenvoudiging van het BFM. Voor de vereenvoudiging van het BFM werden voorstellen aan de overleggroep en aan de administraties gevraagd. Deze zijn besproken in de overleggroep en werden verder onderzocht op hun technische en praktische haalbaarheid door de medewerkers van de minister voor de Volksgezondheid. De bedoeling is om de meer fundamentele vereenvoudigingen te koppelen aan de hervorming van het BFM in functie van accuratere verdeelsleutels. Ook van de uitbesteede studie “ontrafeling BFM” worden aanbevelingen tot vereenvoudiging verwacht.

Het KCE werkt aan een studie over hoogvariabele zorg meer bepaald over ervaringen in andere landen. Het eindrapport zal op de raad van bestuur van het KCE van eind 2017 worden voorgesteld. Het beleid zal vanaf 2018 worden voorbereid.

De minister preciseert dat er voor de laagvariabele zorg vanaf september 2018 gebundelde honoraria komen. In het oude systeem van de referentiebedragen werden de ziekenhuizen en de artsen twee tot drie

Le financement actuel du service d'urgence incite à une sur-utilisation plutôt qu'à une utilisation correcte. Moins il y a d'activités, moins les coûts sont couverts. Il importe que le patient sache où il peut s'adresser pour des soins non planifiables.

Le KCE a déjà réalisé une étude concernant la capacité nécessaire en termes de lits pour la pédiatrie et les maternités. Cette étude doit être étendue à présent afin d'objectiver les besoins concernant les soins axés sur la mère et l'enfant. La capacité nécessaire en termes de lits ne représente qu'un aspect de la question. Tant l'étude que la préparation de la prise de décision seront des priorités en 2018. La réglementation en soi est prévue pour 2019, soit pour la fin de la législature.

Le KCE travaille à une étude, prévue pour 2020, qui concerne également le groupe des soins non planifiables.

5.3. *Financement des soins à faible variation*

La mise en œuvre des soins à faible variation est prévue à partir de septembre 2018. Il s'agira dans un premier temps du regroupement des honoraires (c'est-à-dire de la combinaison des phases 1 et 2 du Plan d'approche). Toutes les parties prenantes ont déjà reçu les informations de base (description du système et simulation à la lumière des années 2012-2014). Plus de groupes de patients sont concernés que dans le système précédent des montants de référence.

Pour les soins à moyenne variabilité, la première étape consiste à simplifier le BFM. Pour la simplification du BFM, des propositions ont été demandées au groupe de concertation et aux administrations. Celles-ci ont été examinées au sein d'un groupe de concertation et ont ensuite été analysées sur le plan de leur faisabilité technique et pratique par les collaborateurs de la ministre de la Santé publique. Le but est de lier les simplifications les plus fondamentales à la réforme du BFM en fonction de clefs de répartition plus précises. Des recommandations de simplification devraient également être formulées dans l'étude externalisée “détricotage du Budget des Moyens Financiers”.

Le KCE travaille à une étude sur les soins à haute variabilité, plus précisément sur les expériences dans d'autres pays. Le rapport final sera présenté lors du conseil d'administration du KCE de la fin 2017. La politique sera préparée à partir de 2018.

La ministre spécifie que pour les soins à basse variabilité des honoraires groupés seront instaurés à partir de septembre 2018. Dans l'ancien système des montants de référence les hôpitaux et médecins étaient informés

jaar na de datum van de zorgverstrekking ervan op de hoogte gebracht of de bedragen van hun zorgverstrekking in vergelijking met de referentiebedragen te hoog waren. Zij moesten dan een deel van hun honoraria aan het RIZIV terugbetalen, hoewel het te laat was om de medische praktijk aan te passen.

De minister werkt aan een “prospectief” systeem. Dat betekent dat begin 2018 de ziekenhuizen en de artsen op de hoogte zullen worden gebracht van de exacte bedragen (gebundelde honoraria) die ze als RIZIV-vergoedingen zullen ontvangen voor de zorgverstrekkingsdaden uit de nomenclatuur. Wanneer blijkt dat hun huidige praktijk leidt tot frequentere of duurdere zorgverstrekking, hebben ze nog genoeg tijd om hun beleid bij te sturen.

Bovendien wordt bij de berekening van de bedragen uitgegaan van de huidige doorsnee praktijk; de invoering van een nieuwe financieringstechniek moet niet worden voorgesteld als een besparingsmaatregel. Voorts bestaat er trouwens geen enkele rechtvaardiging voor het feit dat bepaalde ziekenhuizen overbodige medische zorgverstrekking doen om rendabel te blijven.

De laagvariabele zorg omvat alleen de zeer gestandaardiseerde zorg bij patiënten zonder risico (technisch gesteld, is de laagvariabele financiering per definitie uitgesloten bij de patiënten die er het ergst aan toe zijn, namelijk die uit de categorieën met de hoogste ernstgraden 3 en 4).

Wat de knie- en heupprothesen betreft, zijn de prothesen ten gevolge van letsels en de septische orthopedie in elk geval uitgesloten.

De minister wil zich niet vastpinnen op een specifieke datum voor de neerlegging van het wetsontwerp in het Parlement. De eerste stap is nu een officiële bespreking in de Ministerraad waarna het advies van de Raad van State wordt gevraagd. Gezien de stappen die nog moeten genomen worden zal de indiening van het wetsontwerp niet meer voor 2017 zijn.

De volgende stap meer bepaald fase III van het plan van aanpak betreft onder meer de integratie BFM en geneesmiddelen en wordt voorbereid vanaf 2018. Zo krijgen onder meer de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen ruim de tijd om zich te organiseren en voor te bereiden (doel: implementatie 2019).

2 à 3 ans après la date de prestation s'ils avaient effectué trop de prestations médicales en comparaison avec les montants de référence. Ils devaient rembourser une partie de leurs honoraires à l'INAMI alors qu'il était trop tard pour adapter la pratique médicale.

La ministre travaille sur un système “prospectif”. Ceci implique qu'au début de l'année 2018, les hôpitaux/médecins seront informés des montants précis (honoraires groupés) qu'ils recevront comme indemnités de l'INAMI pour les prestations de nomenclature. Si leur pratique actuelle implique des prestations plus nombreuses/onéreuses, ils ont encore le temps d'ajuster leur politique.

En outre, les montants ont été calculés selon la pratique médiane actuelle: l'introduction d'une nouvelle technique de financement ne doit pas être présentée comme une mesure d'économie. Par ailleurs, il n'y a cependant aucune justification au fait que, pour rester rentables, certains hôpitaux doivent prester des prestations médicales superflues.

Les soins à basse variabilité ne concernent que des soins hautement standardisés, chez les patients sans risque (techniquement: les patients des classes de degré de gravité les plus élevées, c'est-à-dire “sévérité 3 et 4”, sont d'office exclus du financement de basse variabilité).

Concernant les prothèses de genou et de hanche, les prothèses après traumatisme et l'orthopédie septique sont exclues dans tous les cas.

La ministre ne veut pas s'enfermer dans un calendrier pour le dépôt du projet de loi au Parlement. À présent, la première étape consiste en une discussion officielle au sein du Conseil des ministres après quoi on demandera l'avis du Conseil d'État. Compte tenu des mesures qu'il reste encore à prendre, le projet de loi ne pourra plus être déposé en 2017.

L'étape suivante, plus précisément la phase III du Plan d'approche, concerne notamment l'intégration BFM et médicaments et sera préparée à partir de 2018. De cette manière, les hôpitaux, les médecins et les mutualités notamment auront largement le temps de s'organiser et de se préparer (objectif: mise en œuvre en 2019).

5.4. Pay for quality (P4Q)

De krachtlijnen voor P4Q zijn de volgende:

- P4Q is van toepassing op alle algemene ziekenhuizen; het gaat niet over een project waar ziekenhuizen vrijwillig kunnen aan deelnemen of niet deelnemen;
- zowel de verbetering van de kwaliteit als het behalen van een minimumnorm kan beloond worden;
- er moet worden vermeden dat de ziekenhuizen enkel voor deze financiering registraties zouden moeten bijhouden. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande indicatoren of indicatoren die kunnen worden afgeleid uit bestaande registraties;
- de sector moet op voorhand goed geïnformeerd worden over de plannen: welke indicatoren worden gebruikt, hoe worden ze gemeten, hoe worden ze geëvalueerd;
- er zal worden gestart met een gematigde toepassing van het P4Q-beginsel (op nationaal vlak bedraagt het budget ongeveer 6 miljoen euro); pas nadat uit een evaluatie blijkt dat er een positieve invloed is op de ziekenhuis kwaliteit, zal een uitbreiding worden overwogen;
- patiënten vragen steeds meer informatie over kwaliteit. Dit is een belangrijke stimulans om aan verbetering te werken. Als middelen worden verdeeld op basis van kwaliteit, dan kan ook inzage worden gevraagd in de verdeling van de middelen.

Concreet betekenen de maatregelen dat vanaf BFM in juli 2018, 6 miljoen euro onder de ziekenhuizen zal worden verdeeld op basis van het al dan niet voldoen aan een aantal indicatoren meer bepaald:

- een aantal ziekenhuisbrede structuur- en procesparameters die kwaliteitsbevorderend werken (bv. bezig zijn met accreditering, met kwaliteitsbevorderende registraties, het bevragen van de patiëntenervaringen, werken met een veiligheidsincident-meldingssysteem);
- Een aantal pathologiespecifieke indicatoren (procesindicatoren, nog geen outcomes);

Een ziekenhuisaccreditatie is een parameter waarmee rekening zal worden gehouden. De minister houdt rekening met alle ISQUA-ziekenhuisaccreditaties. Positieve resultaten kunnen worden verkregen wanneer een ziekenhuis werk maakt van een accreditatie (dat wil zeggen een overeenkomst heeft getekend), en van nog betere resultaten wanneer het ziekenhuis al een accreditatie heeft die nog geldig is. Ziekenhuizen die

5.4. Pay for quality (P4Q)

Les grandes lignes du P4Q sont les suivantes:

- le P4Q s'applique à tous les hôpitaux généraux; il ne s'agit pas d'un projet auquel les hôpitaux peuvent participer volontairement ou non;
- il est permis de récompenser tant le fait d'améliorer la qualité que celui d'atteindre une norme minimum;
- il faut éviter que les hôpitaux ne doivent tenir à jour des enregistrements que pour ce financement. Des indicateurs existants ou des indicateurs pouvant être déduits d'enregistrements existants sont utilisés autant que possible;
- le secteur doit être bien informé à l'avance des projets: quels indicateurs sont utilisés, comment sont-ils mesurés, comment sont-ils évalués;
- on commence par une application modérée de P4Q (budget national d'environ 6 millions d'euros) et ce n'est que lorsqu'une évaluation montre qu'il y a un effet positif sur la qualité des hôpitaux qu'une extension est envisagée;
- les patients demandent toujours plus d'informations sur la qualité. Il s'agit d'un stimulant important afin de travailler d'améliorer ce point. Si les moyens sont répartis sur la base de la qualité, il est permis de demander un droit de regard sur la répartition des moyens.

Concrètement, les mesures signifient qu'à partir du BFM en juillet 2018, 6 millions d'euros seront répartis parmi les hôpitaux selon que ceux-ci satisfont ou non à une série d'indicateurs, plus précisément:

- une série de paramètres concernant la "structure" et le "processus" au niveau de l'hôpital qui ont pour effet d'améliorer la qualité (par exemple, œuvrer à l'accréditation, aux enregistrements améliorant la qualité, à s'enquérir des expériences des patients, à l'utilisation d'un système d'alerte en cas d'incident de sécurité)
- une série d'indicateurs spécifiques à la pathologie (indicateurs de processus, pas encore de résultats)

Une accréditation hospitalière est un paramètre qui sera pris en compte. La ministre tient compte de toutes les accréditations hospitalières qui sont accréditées ISQUA. Des résultats positifs peuvent être obtenus dès qu'un hôpital s'occupe d'une accréditation (c'est-à-dire a signé un contrat) et de meilleurs résultats si l'hôpital a déjà obtenu une accréditation, qui est encore valable. Pour, lors de la phase de lancement, répondre aux

tijdens de opstartfase nog geen werk maken van de accreditatie, kunnen positieve resultaten boeken door mee te werken aan kwaliteitsverbeteringssystemen en aan zorgkwaliteitslabels (die momenteel niet verplicht zijn). De minister denkt bijvoorbeeld aan deelname aan de specifieke prevalentiestudie inzake “gebruik van antimicrobiële middelen en resistentie”, aan het “*Baby Friendly Hospital*” alsook aan Eusoma (in verband met borstkanker).

Voor het startjaar (om grote budgetverschuivingen te vermijden) is de minister bereid om, in de overgangsperiode, nog een beperkt deel van het budget louter per ziekenhuis te verdelen, en nog niet op basis van “*performance*”. De minister plant het concrete voorstel in december 2017 voor advies aan de federale raad voor de ziekenhuizen, voor te leggen.

De minister wil eveneens benadrukken dat er geen inhoudingen zijn op andere financieringsbronnen. Het ziekenhuis kan een bedrag krijgen. Het gaat dus niet om een straf, maar om een beloning.

5.5. Proefprojecten inzake nieuwe zorgmodaliteiten

Ten gevolge van nieuwe medische technieken zijn steeds meer operaties mogelijk in dagziekenhuis. Dat is positief voor de patiënt en voor de budgetten.

In de KCE-studie over de dagchirurgie is onder meer vastgesteld dat er enkele ingrepen perfect en veilig mogelijk zijn in het dagziekenhuis, maar dat de financiering ervoor beter is als de patiënt een klasieke ziekenhuisopname heeft. (Een voorbeeld is de galblaasverwijdering).

De minister heeft haar administraties de opdracht gegeven om samen te bekijken op welke manier dit bijgestuurd kan worden. Daarbij moeten ze er niet alleen voor zorgen dat er geen financiële redenen zijn om de patiënt op te nemen in het ziekenhuis als de ingreep ook in dagziekenhuis kan, maar dat snel kan worden gereageerd als de medische technieken veranderen waardoor daghospitalisatie mogelijk is. We spreken hier niet over courante ingrepen die soms buiten het ziekenhuis worden uitgevoerd. Er wordt ook aan een juridisch kader met kwaliteitsnormen inzake de uitoefening van de geneeskunde en zorgpraktijk, gewerkt. De meeste chirurgische ingrepen buiten de ziekenhuismuren

hospitaux qui ne s'occupent pas encore de l'accréditation, il est également prévu que des résultats positifs puissent être réalisés en collaborant aux systèmes d'enregistrement d'amélioration de la qualité et aux labels de qualité dans les soins (qui n'ont actuellement pas de caractère obligatoire). La ministre pense ainsi par ex. à une participation à l'étude de prévalence ponctuelle de “consommation d'antimicrobiens et résistance” et de “*Baby Friendly Hospital*” et de l'Eusoma (pour le cancer du sein).

Pour l'année de lancement (et en vue d'éviter d'importants glissements budgétaires), la ministre est disposée, durant la période transitoire, à répartir encore simplement une partie limitée du budget par hôpital, et donc à ne pas encore le répartir totalement sur la base des performances. La ministre prévoit de soumettre la proposition concrète pour avis au Conseil national des établissements hospitaliers en décembre 2017.

La ministre veut également souligner qu'il n'y a pas de retenues sur d'autres sources de financement, l'hôpital peut percevoir un montant. Il ne s'agit donc pas d'une sanction mais d'une récompense.

5.5. Projets-pilotes en matière de nouvelles modalités de soins

Grâce au développement de nouvelles techniques médicales, de plus en plus d'interventions peuvent être effectuées en hôpital de jour, ce qui est positif à la fois pour les patients et pour les budgets.

Dans son étude sur la chirurgie de jour, le KCE a notamment constaté qu'il est tout à fait possible d'effectuer en toute sécurité certaines interventions en hôpital de jour, mais que le financement de ces interventions est plus avantageux si le patient bénéficie d'une hospitalisation classique (exemple: l'ablation de la vésicule biliaire).

La ministre a chargé ses administrations de se concerter afin de remédier à cette situation. À cet égard, elles doivent veiller non seulement à supprimer les raisons financières qui incitent les hôpitaux à hospitaliser des patients alors que l'intervention qu'ils doivent subir peut tout aussi bien se faire en hôpital de jour, mais également à permettre aux hôpitaux de réagir rapidement lorsque l'évolution des techniques médicales permet une hospitalisation de jour. Cela concerne des interventions non courantes qui sont parfois effectuées en dehors de l'hôpital. La ministre œuvre également à l'élaboration d'un cadre juridique doté de normes de qualité relatives à l'exercice de la médecine et aux

komen ook niet in aanmerking voor terugbetaling via de verplichte ziekteverzekering.

De zes proefprojecten met betrekking tot bevallen met kort ziekenhuisverblijf hebben hun eerste zelfevaluatie rapporten aan de FOD Volksgezondheid bezorgd. Het betreft eerste conclusies, waarvan wordt verwacht dat die volgend jaar bevestigd worden. De resultaten moeten helpen bij het uittekenen van het perinataal beleid. De FOD Volksgezondheid overlegt binnenkort met de coördinatoren van de proefprojecten om verdere concrete afspraken te maken voor de volgende evaluatie. Als de volgende evaluatie positief is en bevestigt dat de moeders tevreden zijn, en dat de zorg kwalitatief blijft, dan zal het perinataal beleid vanaf 2019 voor het hele land worden aangepast.

Uit een eerste evaluatie van de projecten blijkt dat de kwaliteit van de zorg niet afneemt. Voor de toekomst is het belangrijk, en niet alleen voor perinatale zorg, dat er goed wordt samengewerkt tussen onder meer de ziekenhuizen, de eerstelijnszorg, thuiszorg, vroedvrouwen en kinesitherapeuten. De proefprojecten tonen aan dat dit de eerste maal is dat de intra- en extramurale zorgverstrekkers samen werken rond de patiënt.

De tekorten waar de zorgverstrekkers op wijzen zijn dat door het vaak nog ontbreken van een gemeenschappelijk elektronisch patiëntendossier, de communicatie niet steeds van een leien dakje loopt. Dit wordt ondersteund en verder uitgewerkt met het RIZIV. Over het algemeen geven de projecten zelf aan dat de postnatale zorg goed geregeld is, maar dat het prenatale zorgpad nog wat meer aandacht verdient.

De minister onderstreept dat de proefprojecten zelf niets te maken hebben met besparingen, dat het over andere zorgmodaliteiten gaat die dezelfde zorgkwaliteit bieden, maar waarbij men de ziekenhuisinfrastructuur wil reserveren voor de patiënten die enkel in het ziekenhuis kunnen geholpen worden. Deze nieuwe zorgmodaliteiten moeten er in de toekomst voor zorgen dat er capaciteit vrijkomt om de vergrijzing op te vangen. In de totaliteit zal er in de toekomst in de gezondheidszorg niet bespaard worden, maar zullen de middelen anders worden ingezet en zal er een aanpassing zijn aan de wijzigende noden.

In verband met de looptijd van de proefprojecten “bevallen met verkort ziekenhuisverblijf” wordt voorzien in twee jaarcontracten vanuit de FOD Volksgezondheid. De overheid voorziet in een vergoeding, en in ruil daarvoor bezorgen de projecten hun inclusie- en exclusiecriteria,

pratiques en matière de soins. La plupart des interventions chirurgicales effectuées en dehors des hôpitaux n'entrent pas non plus en ligne de compte pour un remboursement via l'assurance obligatoire soins de santé.

Les six projets-pilotes relatifs à l'accouchement avec séjour hospitalier écourté ont fourni leurs premiers rapports d'autoévaluation au SPF Santé publique. Ces rapports portent sur les premières conclusions, que l'on espère pouvoir confirmer l'année prochaine. Ces résultats doivent permettre de définir la politique périnatale. Le SPF Santé publique se concertera sous peu avec les coordinateurs des projets-pilotes afin de conclure des accords plus concertés en vue de la prochaine évaluation. Si la prochaine évaluation est positive et qu'elle confirme que les mères sont satisfaites et que la qualité des soins est garantie, cette politique périnatale sera mise en œuvre dans tout le pays à partir de 2019.

Il ressort d'une première évaluation des projets que la qualité des soins ne baisse pas. À l'avenir, il sera primordial, et pas seulement pour les soins périnataux, que la collaboration soit de bonne qualité entre, notamment, les hôpitaux, les prestataires de soins de première ligne, les prestataires de soins à domicile, les sages-femmes et les kinésithérapeutes. Ces projets-pilotes montrent que c'est la première fois que les prestataires de soins intra et extramurale collaborent au traitement du patient.

Les prestataires de soins pointent du doigt la communication défailante, due à l'absence encore fréquente de dossiers électroniques communs des patients. Ce projet de dossier est soutenu et continue à être élaboré par l'INAMI. De manière générale, les projets en eux-mêmes indiquent que les soins postnataux sont bien réglés, mais qu'il faut accorder encore davantage d'attention au trajet de soins prénataux.

La ministre souligne que les projets-pilotes ne portent pas sur d'éventuelles économies, mais sur d'autres modalités de soins offrant la même qualité de soins et permettant de réserver l'infrastructure hospitalière aux patients qui ne peuvent être soignés qu'à l'hôpital. À l'avenir, ces nouvelles modalités de soins devront permettre de libérer de la capacité pour pouvoir faire face au vieillissement de la population. En conclusion, aucune économie ne sera réalisée en matière de soins de santé à l'avenir, mais les moyens seront affectés différemment et les hôpitaux s'adapteront aux besoins changeants.

En ce qui concerne la durée des projets-pilotes “accouchement avec séjour hospitalier raccourci”, des contrats de deux ans sont prévus par le SPF Santé publique. Les pouvoirs publics prévoient une indemnisation et, en échange, les projets fourniront leurs

hun zorgmodaliteiten en worden een aantal indicatoren opgevolgd, en delen ze hun ervaringen. De informatie die de proefprojecten met de FOD deelt, is zo gekozen dat het na afloop van 2 jaar mogelijk moet zijn om te beoordelen welke zorgmodaliteiten een goede zorg garanderen en veralgemeend kunnen worden. Het ene project is sneller begonnen dan de andere, maar elk project werd gegarandeerd dat ze die middelen gedurende 2 jaar zouden ontvangen.

Het is mogelijk dat voor een aantal proefprojecten in een derde coördinatiebudget kan worden voorzien, om de continuïteit te garanderen in afwachting van het nieuw beleid. Dus als er een derde budget wordt toegekend, dan is dat opnieuw een overeenkomst waarbij de overheid moet kunnen rekenen op de afgesproken medewerking, op het afgesproken tijdstip. Dit is nodig in functie van het toekomstig perinataal beleid, om zorgmodaliteiten te kunnen vergelijken op vlak van het resultaat voor de patiënten en de baby's. Er moet worden gegarandeerd dat ook bij een kort ziekenhuisverblijf maar met gepaste zorg vóór en na dat verblijf, de zorg minstens op hetzelfde niveau blijft als voorheen.

6.1. **Dringende geneeskundige hulpverlening (DGH)**

Het ganse plan niet-planbare zorg is erop gericht om op basis van de zorgnood van de patiënt ervoor te zorgen dat de patiënt het juiste zorgaanbod krijgt. De minister streeft ernaar dit zorgaanbod op de meest efficiënte wijze te organiseren. Welke verschuivingen deze reorganisatie zal teweegbrengen, wordt op dit moment in samenwerking tussen de spoeddiensten en huisartsen onderzocht.

De Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening (NRDGH) werd om advies gevraagd over de wijze waarop het bijkomende budget van 35 miljoen euro moet worden besteed. Dat advies werd nog niet ontvangen. Alle punten van de hervorming van de dringende medische hulpverlening (DMH) worden indien nodig besproken met de minister van Binnenlandse Zaken.

De programmatie van de diensten op basis van het SLA-project (*service level agreement*) om 90 % van de interventies te doen plaatsvinden binnen 15 minuten, zal gebeuren volgens de wijze waarin de wet van 1964 voorziet (het gaat om een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad). Andere initiatieven zullen in de toekomst noodzakelijk zijn om een bijkomende financiering van de DGH te waarborgen.

Oplossingen voor de landelijke gebieden werden geformuleerd in het DMH-hervormingsplan dat ter

critères d'inclusion et d'exclusion, leurs modalités de soins, suivront une série d'indicateurs et partageront leurs expériences. Les informations que partagent les projets-pilotes avec le SPF ont été choisis de manière à ce qu'à l'issue de deux ans, il soit possible d'évaluer quelles modalités de soins garantissent des soins de qualité et peuvent être généralisées. Certains projets ont commencé plus tôt que d'autres, mais il a été garanti à chaque projet qu'il percevrait ses moyens pendant deux ans.

Il est possible que pour certains projets-pilotes, un troisième budget de coordination doive être prévu afin de garantir la continuité en attendant la nouvelle politique. Donc, si un troisième budget est attribué, il s'agira une nouvelle fois d'un contrat dans le cadre duquel les pouvoirs publics doivent pouvoir compter sur la collaboration convenue, au moment convenu. C'est nécessaire en fonction de la future politique périnatale, pour pouvoir comparer les modalités de soins en termes de résultat pour les patients et les bébés. Il faut pouvoir garantir que même avec un séjour hospitalier court, mais avec des soins appropriés avant et après ce séjour, les soins seront maintenus au même niveau que précédemment.

6.1. **Aide médicale urgente (AMU)**

L'ensemble du plan soins non planifiables est destiné à veiller, sur la base des besoins du patient, à offrir à celui-ci des soins adéquats. La ministre s'efforce d'organiser cette offre de soins de la manière la plus efficace. On examine actuellement en collaboration entre les services d'urgence et les médecins généralistes les glissements qui seront induits par cette réorganisation.

L'avis du Conseil national des secours médicaux d'urgence (CNSMU) a été demandé sur la manière de dépenser le budget supplémentaire de 35 millions. Cet avis n'a pas encore été reçu. Tous les points de la réforme de l'aide médicale urgente (AMU) sont discutés avec le ministre de l'Intérieur si nécessaire.

La programmation des services, sur la base du projet de SLA (*service level agreement*) 90 % des interventions dans les 15 minutes, se fera de la manière prévue par la loi de 1964 (il s'agit d'un AR décidé en Conseil des ministres). D'autres initiatives seront nécessaires à l'avenir pour assurer un financement supplémentaire de l'AMU.

Des solutions pour les zones rurales ont été formulées dans le plan de réforme de l'AMU soumis pour avis

advies werd voorgelegd aan de Nationale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening (NRDGH). Dat zal eveneens in de programmatievoorstellen worden opgenomen.

Het gebruik van helikopters in de DGH op de meest efficiënte wijze is nog steeds een lopend debat, ook in de wetenschappelijke literatuur. In het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap zal worden onderzocht hoe het gebruik van dit transportmiddel op de meest efficiënte wijze kan worden geïntegreerd.

6.2. Wachtposten

Het kader van de visie, principes en krachtlijnen van het nieuw beleid rond de huisartsenwachtposten werd besproken met de stakeholders in juli en september. In de taskforce die daaraan werkt zetelen vertegenwoordigers van de artsen, de ziekenhuizen, de verzekeringsorganismen, het RIZIV en de FOD volksgezondheid.

Het kader voor operationalisering van het nieuw beleid, voor zowel het organisatie- als het financieringsmodel, wordt nu geconcretiseerd in samenwerking met de administraties. Het zal in een volgende taskforce met de stakeholders besproken worden.

7.1. Ondersteuning van de zorgverstreker

De nieuwe (gratis) PARIS-applicatie is bedoeld voor de occasionele voorschrijvers en voor gelegenhedsituaties. Die applicatie werkt op basis van een tablet die enkele honderden euro kost. De PARIS-applicatie is zeer gebruiksvriendelijk en maakt gebruik van een unieke TOTP-*onboarding*, waarna de veiligheid van de verbinding en van de dataregistratie conform de *eHealth*-principes gewaarborgd is. Voorts wordt bekeken hoe de installatie van het *eHealth*-certificaat kan worden vereenvoudigd.

Het *eHealth*-plan voorziet in een budget voor gratis opleidingen voor de verschillende applicaties die voor alle zorgverstrekkers beschikbaar zijn. Voorts zullen specifieke sessies worden gehouden, bijvoorbeeld voor oudere zorgverstrekkers. Papieren voorschriften blijven in dringende gevallen geldig.

Een belangrijke reden voor de verplichting is dat de regering, met het oog op de veiligheid van de patiënt, een (virtueel) medicatieschema voor elke patiënt wil creëren. Dat kan alleen door in de eerste plaats alle geneesmiddelenvoorschriften elektronisch te registreren. In een volgende fase (wellicht begin 2019) zal de zorgverstreker voorschriften kunnen/moeten

au Conseil national de secours médicaux d'urgence (CNSMU). Cela sera également repris dans les propositions de programmation.

L'utilisation la plus efficace possible d'hélicoptères dans l'AMU fait encore l'objet d'un débat, en ce compris dans la littérature scientifique. Dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier, il sera examiné comment l'utilisation de ce moyen de transport peut être intégrée de la manière la plus efficace.

6.2. Postes de garde

Le cadre de la vision, des principes et des lignes directrices de la nouvelle politique concernant les gardes de médecine générale a été examiné avec les parties prenantes en juillet et en septembre. Le groupe de travail qui se penche sur cette question est composé de représentants des médecins, des hôpitaux, des organismes assureurs, de l'INAMI et du SPF Santé publique.

Le cadre de la mise en œuvre de la nouvelle politique, tant pour le modèle organisationnel que pour le modèle de financement, est actuellement concrétisé en coopération avec les administrations. Il sera examiné avec les parties prenantes au sein d'un autre groupe de travail.

7.1. Soutien du prestataire de soins

L'utilisation de la nouvelle application (gratuite) PARIS est destinée aux prescripteurs occasionnels et aux situations occasionnelles. L'appareil de base avec lequel cela peut être réalisé est une tablette qui peut être achetée pour quelques centaines d'euros. L'application PARIS est très facile à utiliser et, après le TOTP-*onboarding* unique, la sécurité de la connexion et de l'enregistrement des données conformément aux principes *eHealth* est également garantie. C'est également en cours d'examen pour simplifier la partie installation du certificat *e-Health*.

Le plan *eHealth* prévoit un budget pour la formation gratuite dans le cadre des différentes applications accessibles à tous les dispensateurs de soins. Des sessions spéciales pour des personnes, p.e. les prescripteurs plus âgés, seront organisées. La prescription en papier reste valide dans des cas urgents.

Une raison importante de l'obligation est que pour la sécurité du patient, le gouvernement veut créer un schéma de médication (virtuel) pour chaque patient, la seule façon de le faire est de commencer à enregistrer électroniquement toutes les prescriptions de médication. Dans une prochaine phase (probablement au début de l'année 2019), le dispensateur de soins prescripteur

verstrekken op basis van dat medicatieschema; aldus zal de technologie kunnen bijdragen tot de veiligheid en de zorgverstreker kunnen waarschuwen voor eventuele conflicten.

Naast de voorschrijfverplichting zal tevens worden voorzien in een “noodprocedure” waarop de zorgverstreker zal kunnen terugvallen ingeval de elektronische hulpmiddelen niet kunnen worden gebruikt.

Er is recent beslist om de verplichting elektronisch voorschrijven te plaatsen op 1 juni 2018. Dit is om alle implementatie-aspecten en kennisverwerving van PARIS in orde te brengen. Aangezien er nog een ruime tijd van het jaar een dubbele stroom (de originele handmatige en de elektronische voorschriften) zal blijven, is het niet opportuun om nu onmiddellijk de financieringsmodaliteiten van de VI aan te passen.

In de loop van 2018 zal er voldoende kennis voor handen zijn, wanneer het elektronisch voorschrijven algemeen is, waardoor een evaluatie in het kader van administratieve vereenvoudiging mogelijk wordt. Verlenging van geldigheid van drie maanden moet gelezen worden als “verlenging geldigheid terugbetaling bij afhaling medicament”.

PARIS zal rond 1 december 2017 beschikbaar zijn. Dit zal een versie zijn waarbij het nog steeds verplicht zal zijn om het *eHealth*-certificaat op het gebruikte device (tablet, laptop) te installeren. Intussen werd er al begonnen om die verplichting, *eHealth*-certificaat op device, te verwijderen. Er zal nog altijd een *eHealth*-certificaat éénmalig aangevraagd moeten worden, dit certificaat zal dan op een speciale certificaten-server-omgeving geplaatst worden. PARIS-software zal aangepast worden waardoor bij aanloggen automatisch gebruik zal worden gemaakt van het *eHealth*-certificaat zodanig dat alle datacommunicatie even veilig versleuteld blijft. Het éénmalig aanvragen van het *eHealth*-certificaat is eenvoudig en uitgelegd op de website van *eHealth*. Bovendien kan altijd beroep gedaan worden op de supportdienst om de persoon stapje per stapje te begeleiden.

Elektronisch voorschrijven van medische hulpmiddelen is niet verplicht. Dit zal ook niet mogelijk zijn via PARIS. Diverse huisartspraktijk-software-systemen zullen de voorschrijver wel in staat stellen om een dergelijk voorschrift ook elektronisch te doen.

Tetrys is geen informatiesysteem, het is een project dat de bestaande eGezondheid informatiesystemen

pourra/devra prescrire à partir de ce schéma de médication, afin que la technologie puisse aider à veiller à la sécurité et prévenir le prescripteur de conflits éventuels.

Outre l'obligation de prescrire, une “procédure d'urgence” sera également mise en place, que le prescripteur pourra utiliser dans les cas où des dispositifs électroniques ne peuvent être utilisés.

Il a récemment été décidé de fixer au 1^{er} juin 2018 l'obligation de prescription par voie électronique afin de permettre l'organisation de tous les aspects de la mise en œuvre et de l'acquisition de la connaissance de PARIS. Étant donné qu'il y aura encore un double flux durant une bonne partie de l'année (prescriptions manuelles originales et prescriptions électroniques), il ne convient pas de modifier immédiatement les modalités de financement des OA.

Des connaissances suffisantes seront disponibles dans le courant de l'année 2018, lorsque les prescriptions électroniques seront généralisées, ce qui permettra une évaluation dans le cadre de la simplification administrative. La prolongation de la validité de trois mois doit être interprétée comme une prolongation de la validité du remboursement en cas de retrait de médicaments.

PARIS sera disponible vers le 1^{er} décembre 2017. Dans cette version, il sera encore obligatoire d'installer le certificat *e-Health* sur l'appareil utilisé (tablette, ordinateur portable). Entre-temps, les mesures nécessaires pour se passer de cette installation obligatoire du certificat *e-Health* sur l'appareil, ont débuté. Un certificat *e-Health* devra toujours être demandé une seule fois, puis il sera placé sur un serveur spécial réservé aux certificats. Le logiciel PARIS sera adapté et, lors de la connexion, le certificat *e-Health* sera automatiquement utilisé, de manière à ce que toute communication de données reste protégée avec le même niveau de sécurité. La demande unique du certificat *e-Health* est une procédure simple, qui est expliquée sur le site internet d'*e-Health*. En outre, il est toujours possible de faire appel au service d'assistance pour accompagner l'intéressé étape par étape.

La prescription électronique de dispositifs médicaux n'est pas obligatoire. Elle ne sera pas non plus possible par le biais de PARIS. Divers logiciels liés à la pratique de la médecine générale permettront toutefois au prescripteur de réaliser également cette prescription sous forme électronique.

Tetrys n'est pas un système informatique, c'est un projet qui reliera plus étroitement entre eux les systèmes

nauwer met elkaar zal verbinden en waarbij de patiënt nauw betrokken wordt. De bedoeling is om te komen tot een “*integrated care*” geheel waarbij het “*interdisciplinary team*” rond de patiënt helder en gemakkelijk “*information sharing*” mogelijkheden krijgt aangereikt. Daarbij kan iedere stakeholder “*interaction support*”-acties initiëren en opvolgen. In 2017 zijn de verschillende noodzakelijke kaders en stakeholders geïdentificeerd. Daarbij zijn ook de noodzakelijke activiteiten gedefinieerd, dit om geïntegreerde zorg binnen een interdisciplinair zorgteam te kunnen opzetten. In 2018 zullen de nodige activiteiten ontwikkeld worden om alles ook af te stemmen met de reeds aanwezige gegevenssets in de verschillende kluizen, noodzakelijke nieuwe gegevenssets te definiëren en onder te brengen in de respectievelijk actiepunten (oa AP6). Vanzelfsprekend zullen hierbij de leveranciers van de betrokken informatiesystemen (behorende tot de verschillende zorgprofessionals categorieën) betrokken worden. Het Tetrys-project zal ook zeer nauw verbonden zijn met het VIDIS-project waarbij er één (virtueel) medicatieschema zal worden opgebouwd (vanuit de verschillende fysieke medicatieschema's: ambulant, ziekenhuis, apotheek enzovoort).

Met betrekking tot SNOMED merkt de minister op over “*As we speak*” een grondige studie aan de gang is met het oog op het beter aansluiten hierop. Er zal een budgetaanpassing/budgetverschuiving in 2018 voorzien worden.

Er wordt gezocht naar aansluiting met de aanpak in Nederland (*Nictiz Clinical building blocks* en de daaruit resulterende caresets). Er wordt overwogen om ook de Belgische industrie bij dit topic te betrekken, er zijn immers verschillende spelers op dit terrein actief. De omvang van alle *clinical building blocks* is enorm en daarom zullen extra onderdelen in 2018 worden opgestart.

Met betrekking tot het elektronisch patiëntendossier (EPD) merkt de minister op dat begin 2018 de *early adopter* ziekenhuizen en de *accelerator* ziekenhuizen hun beschrijvingen op basis van de eerder opgestelde *Belgian Meaningful Use Criteria* zullen aanleveren. Op dat moment zal het duidelijk worden hoever iedereen is.

Alle ziekenhuizen hebben inmiddels hun “geïntegreerde EPD” *project-tenders* afgerond. Diverse ziekenhuizen zijn al deels (en sommige volledig) uitgerold met providers. De meeste ziekenhuizen zijn in volle projectopstartfase en daarvan zullen in de loop van 2018 de meesten live gaan met hun geïntegreerd EPD.

informatiques existants en matière d'e-santé et qui associera plus étroitement les patients. L'objectif est d'aboutir à un ensemble de soins intégrés dans lequel l'équipe interdisciplinaire qui entoure le patient dispose de possibilités claires et simples de partage des informations. À cet égard, chaque partie prenante peut initier et suivre des actions de soutien interactif. En 2017, les différents cadres et parties prenantes nécessaires ont été identifiés. À cet égard, les activités requises ont également été définies, de manière à pouvoir mettre en œuvre des soins intégrés au sein d'une équipe interdisciplinaire. En 2018, les activités nécessaires seront développées, de manière à harmoniser tous ces éléments avec les ensembles de données déjà présents dans les différentes cellules, à définir les nouveaux ensembles de données nécessaires et à les intégrer aux points d'action respectifs (notamment PA6). Il va de soi que les fournisseurs des systèmes d'information concernés (appartenant aux différentes catégories de praticiens) seront associés à ce processus. Le projet Tetrys sera par ailleurs étroitement relié au projet VIDIS, par lequel un schéma de médication (virtuel) unique sera élaboré(en fonction des différents schémas de médication physiques: ambulant, hôpital, pharmacie, etc.).

En ce qui concerne SNOMED, la ministre fait observer qu'une étude fouillée est actuellement en cours afin d'en améliorer la mise en concordance. Un ajustement/glissement budgétaire est prévu en 2018.

On cherche à se rapprocher de l'approche suivie aux Pays-Bas (*Nictiz Clinical building blocks* et des *care sets* qui en résultent). Il est envisagé d'associer également l'industrie belge à ce thème, plusieurs acteurs étant en effet actifs sur ce terrain. L'ensemble des *clinical building blocks* est d'une telle ampleur que des éléments supplémentaires seront lancés en 2018.

En ce qui concerne le dossier patient informatisé (DPI), la ministre fait observer que les hôpitaux qui ont rapidement adopté le système et ceux qui en ont accéléré l'adoption fourniront leurs descriptions début 2018 sur la base des *Belgian Meaningful Use Criteria* établis précédemment. À ce moment, on connaîtra l'état d'avancement de chacun.

Dans l'intervalle, tous les hôpitaux ont achevé leur *project-tenders* de DPI intégré. Divers hôpitaux disposent déjà en partie (certains totalement) des fournisseurs. La plupart des hôpitaux sont en pleine phase de lancement du projet et la plupart d'entre eux appliqueront leur DPI intégré dans le courant de 2018.

De rest zal in 2018 een aanvang nemen met de implementatie. Gezien de “*high demand*” van de markt en de krapte van de juiste ICT-profielen (zowel bij de ziekenhuizen als bij de leveranciers) zal de in eerste instantie verwachte snelheid van implementatie behoorlijk kunnen vertragen. De meeste ziekenhuizen die in een netwerk-samenwerking stappen zullen ook dezelfde ICT-oplossing gebruiken. Hierdoor kunnen vele implementatie-samenwerkingen aangegaan worden en daarmee zal ook een breder draagvlak voor de leverancier beschikbaar komen waardoor deze in een minder versnipperde vorm hun werkzaamheden moeten uitvoeren (onder andere minder specifiek maatwerk). Grotere projectgroepen zorgen aan de andere kant vaak ook voor vertragingen.

Omdat de ziekenhuizen binnen een netwerk eenzelfde toepassing gebruiken, zal het ook gemakkelijker zijn om bepaalde specifieke detailgegevens uit te wisselen. Tot slot is elk ziekenhuis verbonden aan een regionale hub waarmee op structurele manier (volgens de eGezondheid afspraken) gegevens worden uitgewisseld. Bovendien, in de BMUC-punten staat de verplichting dat elk EPD-systeem gegevens uit de eigen hub kan presenteren alsook gegevens van eenzelfde patiënt uit een ander hub (dit allemaal dankzij het state-of-the-art *HUB-MetaHub*-mechanisme).

7.2. *Betrokkenheid en bewustwording van de patiënt*

Het is de bedoeling om samen met de minister van Digitale Agenda een doelgerichte campagne uit te werken om de digitale opportuniteiten die de overheid de burger biedt, onder de aandacht te brengen. Tevens is het de bedoeling de patiënt digitaal te informeren in geval van belangrijke wijzigingen, toevoegingen of zelfs vragen. Via de *MyHealthViewer* zal de patiënt bovendien zelf bepaalde zaken kunnen raadplegen. In de eerste versie zal de integratie met de bestaande hubs (Cozo, Leuven, Abrumet, RSW, ziekenfondsen enzovoort) eveneens mogelijk zijn via een eenvoudige aanklikmethode. Aldus zal vanop een zelfde startpagina kunnen worden doorgelinkt naar heel wat verschillende portaalsites. De verschillende patiëntenplatformorganisaties zijn eveneens betrokken bij het *MyHealthViewer*-ontwerp en dragen mee bij tot de “opleiding” van de patiënt inzake het correcte gebruik en de juiste interpretatie van situaties en gegevens. Uiteindelijk zou een en ander moeten uitmonden in het platform vanwaar de burger kan doorklikken naar “bewezen deugdelijke en betrouwbare” externe informatiebronnen.

Les autres entameront la mise en œuvre en 2018. Compte tenu de la forte demande du marché et de la pénurie de profils ICT adéquats (tant auprès des hôpitaux que des fournisseurs), la rapidité de mise en œuvre initialement prévue pourra être considérablement limitée. La plupart des hôpitaux qui collaboreront au sein d’un réseau utiliseront aussi la même solution ICT. De nombreux accords de mise en œuvre pourront ainsi être conclus, ce qui élargira également l’assise pour le fournisseur, si bien que celui-ci travaillera de manière moins éparpillée (le travail spécifique sur mesure sera moins important). D’autre part, les vastes groupes de projets entraînent également des retards.

Dès lors que les hôpitaux réunis au sein d’un réseau utilisent une même application, il sera plus facile d’échanger certaines données de détail spécifiques. Enfin, chaque hôpital est lié à un *hub* régional avec lequel les échanges de données sont organisés de manière structurelle (selon les accords en matière d’e-santé). En outre, les points BMUC prévoient que tout système DPI doit pouvoir présenter les données de son propre *hub*, mais aussi les données d’un autre *hub* afférentes au même patient (et ce, grâce au mécanisme technique *hub-metaHub*).

7.2. *Impliquer le patient*

En collaboration avec le cabinet “Agenda numérique”, l’intention est de mettre en place les opportunités numériques offertes par l’autorité au citoyen dans le cadre d’une campagne ciblée. L’intention consiste également à informer numériquement le patient lorsque des modifications importantes, des ajouts ou même des interrogations ont eu lieu. En outre, il sera dès lors fait référence à *MyHealthViewer* afin d’examiner soi-même certaines choses. Dans la première version, l’intégration avec les systèmes Hub existants (Cozo, Leuven, Abrumet, RSW, mutualités, etc.) sera également rendue disponible par une simple méthode de clic. Cela permet de créer des liens vers de nombreux portails différents à partir d’une seule page de départ. Les différentes organisations de plates-formes de patients sont également impliquées dans la conception de *MyHealthViewer* et veillent à ce que le patient soit également “formé” à l’utilisation et à l’interprétation correctes des situations et des données. Cette plate-forme devrait devenir la plate-forme à partir de laquelle le citoyen peut naviguer vers des sources d’information externes “démontrées et fiables”.

7.3. Gegevensontsluitingsbeleid

Tijdens onderzoeken en therapie van een patiënt ontstaan vele detailgegevens. Deze worden inderdaad (idealiter) elektronisch in elektronische dossiers opgeslagen. In het kader van het gezondheidsplan zijn er vele acties (AP1 t/m AP8, AP18) die medische gegevensuitwisseling organiseert. Deze gegevens beperken zich vooral tot de samenvattingen, onderzoeksverslagen, consultverslagen, operatieverslagen en gegevens die verzameld worden in kader van door de overheid gedefinieerde registers.

In AP6 wordt in meer detail richting “caresets” georiënteerd, dit zal nog meer details in uitwisselingsdatabanken ter beschikking brengen. Er zullen nog vele detailgegevens in de respectievelijke dossiers blijven.

In 2018 zal het project “gegevensontsluiting” een belangrijke focus krijgen. Een viertal werkgroepen zullen een aantal gegevenssets verder onderzoeken in de mate dat hun gebruik betere zorg ondersteunt. Het gaat meer bepaald om minimale ziekenhuisgegevens (MZG)-gegevens in relatie met ziekenfondsgegevens, klinische studies en *Real World Evidence*, open data en data uit de eerste lijn. Deze beperking beoogt snel resultaten te kunnen voorleggen. Op basis hiervan kunnen vervolgens de volgende gegevensontsluitingen op de overheidsgegevens geïnitieerd worden. Daarna zal nagedacht kunnen worden hoe en of gegevensontsluitingen in diverse dossiersystemen zouden kunnen worden aangepakt.

In specifieke gevallen worden, middels expliciete patiënt consents, gegevens verzameld die later gebruikt kunnen worden in wetenschappelijk onderzoek en statistieken, dit door onder andere de industrie of wetenschappelijke kenniscentra. Het is vanzelfsprekend dat dit gebeurt met respect voor de privacy voor de patiënt (gegevens worden geanonimiseerd of gepseudonimiseerd) en met garantie voor de nodige veiligheidsnormen voor de data.

Met betrekking tot de toegang tot gegevens van de patiënt verduidelijkt de minister dat bijvoorbeeld seksueel gedrag van een patiënt doorgaans niet wordt genoteerd als een medisch gegeven. Het is mogelijk dat bijvoorbeeld een huisarts dat wel noteert in zijn praktijksysteem, maar dat wordt dan in het “persoonlijke

7.3. Politique d'exploitation des données

Les examens et les thérapies génèrent de nombreuses données détaillées sur les patients. Ces données sont effectivement stockées (idéalement) de manière électronique dans des dossiers électroniques. Le plan eSanté comporte de nombreuses actions (de PA1 à PA8 + PA18) visant à organiser les échanges de données médicales. Ces données proviennent surtout de résumés, de rapports d'examens, de rapports de consultations et de rapports d'opérations. Il peut également s'agir d'autres données rassemblées dans le cadre de registres définis par les autorités.

Le point d'action n°6 (PA6) du plan eSanté va davantage dans le sens de la constitution de “Care Sets”, ce qui rendra encore plus de détails accessibles par le biais de banques de données. Un grand nombre de données resteront toutefois dans les dossiers respectifs des patients.

En 2018, un élan particulier sera donné au projet d'exploitation des données. Quatre groupes de travail examineront un certain nombre d'ensembles de données dans la mesure où leur utilisation permet d'améliorer les soins. Il s'agira plus précisément de données issues du Résumé Hospitalier Minimum (RHM), qui seront mises en rapport avec des données des mutualités, des études cliniques, des données empiriques (*Real World Evidence*), des *open data* et des données provenant de la première ligne. Cette limitation du champ des données s'explique par la volonté de pouvoir rapidement présenter des résultats. Sur base de ceux-ci, d'autres projets visant la mise à disposition de données publiques pourront être initiés. Ensuite, on pourra réfléchir à l'opportunité et à la manière de déverrouiller l'accès à certaines données dans divers systèmes de dossiers.

Dans certains cas spécifiques, et moyennant le consentement explicite du patient, des données seront récoltées en vue d'être utilisées ultérieurement pour les besoins d'études ou de statistiques scientifiques, notamment par l'industrie ou par des centres d'expertise scientifique. Il va de soi que cela se fera dans le respect de la vie privée du patient (les données seront anonymisées ou associées à un pseudonyme) et en garantissant que les données répondent aux normes de sécurité nécessaires.

En ce qui concerne l'accès aux données du patient, la ministre précise que le comportement sexuel du patient, par exemple, n'est généralement pas considéré comme une donnée médicale. Il peut arriver, par exemple, qu'un médecin généraliste l'inscrive dans son système mais ce point est alors enregistré dans la

notitie" onderdeel genoteerd en worden die gegevens niet verwerkt in de opmaak/aanpassing van de *SumEhr*. Enkel de *sumEhr*-gegevens worden via het *eHealth-platform* gedeeld.

Bij het vastleggen van medische gegevens van een patiënt door een zorgverstreker wordt die geacht aan de patiënt te vragen of hij/zij "een consent" geeft om deze gegevens ter beschikking te stellen aan bestaande (en toekomstige) zorgverleners waarmee de patiënt een "therapeutische relatie" heeft. De patiënt is in staat om de "consent"-indicatie en de "therapeutische relaties" zelf te beheren. Op dit moment gaat dat via de website www.patientconsent.be.

Zodra de *Patient Health Viewer* operationeel wordt, zal dat vanuit dat platform beheerd kunnen worden. Het is niet mogelijk om als patiënt zelf te beheren welke gegevens door welke zorgverleners geraadpleegd mogen worden. Met andere woorden een persoon, die een therapeutische relatie heeft met een patiënt, mag alle medische gegevens zien waarbij de patiënt tijdens vastlegging van die gegevens zijn consent heeft gegeven.

8. Toegang tot innovatieve geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en menselijk lichaamsmateriaal

Het budget geneesmiddelen wordt jaarlijks vastgesteld op basis van de technische ramingen. Dit is dus geen gesloten enveloppe.

Sinds 1 januari 2017 verloopt de terugbetaling van immunotherapie volgens een ander traject dan dat voor de klassieke terugbetaling, dankzij het pact dat in het voordeel van de patiënt met de farmaceutische sector werd gesloten.

Een geneesmiddel wordt aan verschillende procedures onderworpen alvorens het ter beschikking wordt gesteld van de patiënt. Nadat het bedrijf zelf de nodige proeven heeft uitgevoerd, dient het een registratieaanvraag in. Voor de meeste geneesmiddelen gebeurt deze aanvraag op Europees niveau, bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). Bij de registratie worden het product en de eventuele bijwerkingen van het desbetreffende geneesmiddel geanalyseerd.

Indien het bedrijf wil dat het geneesmiddel voor een specifieke ziekte, zoals huidkanker, wordt terugbetaald, moet het in België een procedure opstarten bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG), die niet alleen zal kijken naar het product (de efficiëntie enzovoort), maar ook naar de kostprijs, de meerwaarde in vergelijking met andere geneesmiddelen

section "notes personnelles", et ces données ne sont pas traitées lors de la création/modification d'une entrée *SumEhr*. Seules les données *SumEhr* sont partagées via la plate-forme *eHealth*.

Lorsqu'un prestataire de soins de santé enregistre les données médicales d'un patient, il est censé demander au patient son "consentement" pour rendre ces données accessibles aux prestataires de soins de santé actuels (et futurs) avec qui le patient a (aura) une "relation thérapeutique". Le patient peut en outre gérer lui-même l'indication du consentement et les relations thérapeutiques, actuellement à partir du site web www.patientconsent.be.

Dès que le *PatientHealthViewer* sera opérationnel, il pourra être géré à partir de cette plate-forme. Le patient ne peut pas choisir quelles données peuvent être consultées par quels prestataires de soins. En d'autres termes, toute personne qui a une relation thérapeutique avec un patient peut consulter toutes les données médicales pour lesquelles le patient a donné son consentement lors de l'enregistrement de ces données.

8. Accès aux médicaments innovants, aux dispositifs médicaux et au matériel corporel humain

Le budget des médicaments est fixé annuellement sur la base d'estimations techniques. Il ne s'agit donc pas d'une enveloppe fermée.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, le remboursement de l'immunothérapie suit un autre trajet que celui du trajet de remboursement classique, grâce au pacte pour le patient avec le secteur pharmaceutique.

Un médicament doit parcourir plusieurs procédures avant d'être mis à la disposition du patient. Après que l'entreprise a effectué elle-même les essais nécessaires, elle introduit une demande d'enregistrement. Pour la majorité des médicaments, cette demande se fait au niveau européen, auprès de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Lors de l'enregistrement, il est procédé à une analyse du produit et des éventuels effets secondaires du médicament en question.

Si l'entreprise souhaite qu'un médicament soit remboursé pour une maladie bien précise, comme par exemple le cancer de la peau, elle doit entamer en Belgique une procédure auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) qui, outre le produit (l'efficacité, etc.) observe également le coût, la plus-value comparée à d'autres médicaments et les

en de verschillende alternatieven. De procedure bij de CTG kan tot twaalf maanden duren.

Indien blijkt dat het geneesmiddel ook efficiënt is voor de behandeling van een ander soort ziekte, zoals longkanker, en het bedrijf wil dat het geneesmiddel ook voor die indicatie terugbetaalbaar is, dan moet het opnieuw een procedure opstarten bij de CTG om ook die andere indicatie terugbetaalbaar te maken.

In het geval van immunotherapieën zal een ander traject worden gevolgd, zodat de terugbetaling onmiddellijk na de registratie bij het EMA kan plaatsvinden.

8.1. Toekomstpact voor de patiënt met de farmaceutische industrie

Met betrekking tot het goedkoopst voorschrijven is het percentage van 50 %, van toepassing voor de huisartsen. Het werd sinds de invoering van de voorschrijfquota nooit aangepast, ondanks de sterke toename van generische alternatieven sinds de invoering van de voorschrijfquota. De taskforce binnen het RIZIV onderzocht de haalbaarheid van de verhoging van de quota en beschouwde een verhoging naar 60 % als haalbaar.

De methodologie bevat drie stappen:

1) De eerste stap berekent het aantal geneesmiddelen in termen van volume DDD die van statuut moeten veranderen en “goedkoop” worden, zodanig dat elke voorschrijver minstens het quota behaalt.

De berekening voor de ganse sector gebeurt op basis van de berekening op individueel niveau: voor de voorschrijver die het quatum reeds haalt, verandert er niets. Voor de voorschrijvers die het quatum niet halen, transformeert het aantal vereiste DDD naar statuut “goedkoop”. Het resultaat hiervan is het aantal miljoen DDD om te zetten naar statuut “goedkoop”.

2) Voor elke subklasse (bijvoorbeeld C10AA “statines”), wordt het verschil in kost tussen de “dure” en de “goedkope” DDD berekend (globale berekening voor alle voorschrijvers). De totale besparing wordt berekend ten gevolge van de integrale omzetting van “dure” naar “goedkope” DDD. Het resultaat hiervan is het bedrag in euro besparing per miljoen gewijzigde DDD.

3) Impact van de nieuwe quota wordt dan berekend door het volume van om te zetten statuut naar goedkoop met de gemiddelde besparing te vermenigvuldigen.

différentes alternatives. La procédure auprès de la CRM peut durer jusqu’à douze mois.

S’il s’avère que le médicament est également efficace contre un autre type de maladie, comme le cancer du poumon, et que l’entreprise souhaite que ce médicament soit également remboursable pour cet autre type de maladie, elle doit à nouveau lancer une procédure à la CRM pour obtenir le remboursement pour cette autre indication.

Dans le cas des immunothérapies, un autre trajet sera suivi, faisant de sorte que le remboursement se fera immédiatement après l’enregistrement auprès de l’EMA.

8.1. Pacte d’avenir avec l’industrie pharmaceutique pour le patient

En ce qui concerne la prescription des médicaments les moins chers, le pourcentage de 50 % s’applique aux médecins généralistes. Depuis l’instauration du quota de prescription, ce pourcentage n’a jamais été adapté, malgré la forte augmentation des alternatives génériques. La *task force* au sein de l’INAMI a examiné la faisabilité d’une augmentation du quota et a considéré qu’une augmentation à 60 % était réalisable.

La méthodologie comprend trois étapes:

1) La première étape calcule le nombre de médicaments en terme de volume DDD qui doivent changer de statut et devenir “bon marché”, de façon à ce que chaque prescripteur atteigne au moins le quota.

Le calcul pour l’ensemble du secteur a lieu sur la base du calcul au niveau individuel: pour le prescripteur qui atteint déjà le quota, rien ne change. Pour le prescripteur qui n’atteint pas le quota, le nombre de DDD exigés est converti vers le statut “bon marché”. Le résultat est le nombre de millions de DDD qui doivent obtenir le statut “bon marché”.

2) Pour chaque sous-classe (par exemple C10AA “statines”), on calcule la différence de coût entre la DDD “chère” et “bon marché” (calcul global pour tous les prescripteurs). Les économies totales sont calculées à la suite de la conversion intégrale des DDD “chères” en DDD “bon marché”. Le résultat est le montant en euros d’économies par million de DDD modifiées.

3) L’impact du nouveau quota est ensuite calculé en comparant le volume des statuts à convertir en “bon marché” avec les économies moyennes.

In het verleden werden on-patent geneesmiddelen waarvoor geen alternatief bestaat meegerekend als “goedkoop”; een vorige wetwijziging heeft dit afgeschaft zodanig dat enkel off-patent geneesmiddelen waarvoor concurrentie bestaat die statuut “goedkoop” hebben, worden verrekend in de quota.

In plaats van te werken met incentives zullen vanaf januari 2018, voor off-patent geneesmiddelen waar twee jaar eerder de *patent cliff* op werd toegepast, enkel deze alternatieven die voldoen aan de definitie “goedkoopst geneesmiddel” worden terugbetaald.

Er werd met de geneesmiddelensector en de ziekenhuizen een pact/convenant ontwikkeld met het oog op het uitwerken van uptakemaatregelen zodat in het segment van *off-patent* biologische geneesmiddelen concurrentie plaatsvindt. Concurrentie garandeert de budgettaire duurzaamheid in dit marktsegment door prijsdalingen.

De incentive in het ziekenhuis worden gerealiseerd via de wetgeving van tenders, gebaseerd op het principe van winstdeling waarbij de opbrengst van de tender (op 10 % na) ter beschikking van het ziekenhuis blijft voor herinvestering, met individuele opvolging op niveau van ziekenhuis. Het resultaat daarvan is positief: na twee jaar bijna 10 % epo; 40 % filgrastim biosimilar (beiden kortwerkend en beperkt gebruik of gebruiksgemak en langwerkende alternatieven); 30 % infliximab.

In 2018 wordt een focus gelegd op de biosimilars afgeleverd in de publieke officina's: een *gentlemen's agreement* wordt momenteel uitgewerkt gebaseerd op principe van winstdeling en een minimum target.

Er zullen meer dwingende regelgevende maatregelen worden uitgewerkt, die zullen worden toegepast indien in 2018 zou blijken dat de gewenste *uptake* niet wordt gerealiseerd.

Sinds 2017 betaalt het RIZIV voor biologische geneesmiddelen van zodra alternatief beschikbaar is, 90 % uit van de vergoedingsbasis aan ziekenhuis. Dit principe werd ingevoerd in functie van het stimuleren van tenders, waarbij de resterende opbrengst volgens het principe van winstdeling ter beschikking blijft van het ziekenhuis voor herinvestering in deze diensten waar deze geneesmiddelen worden verbruikt. Dit principe wordt vanaf 2018 uitgebreid naar chemische geneesmiddelen waarvoor identieke alternatieven beschikbaar zijn. Dit zorgt ervoor dat ziekenhuizen nog meer worden gestimuleerd om het goedkoopste alternatief te gebruiken.

Dans le passé, les médicaments soumis à un brevet qui n'ont pas d'alternative bon marché étaient considérés comme “bon marché”; une modification de la loi a supprimé cette règle, de sorte que seuls les médicaments hors brevet pour lesquels il existe une alternative ayant le statut “bon marché” sont pris en compte dans le quota.

Au lieu de travailler avec des incitants, à partir de janvier 2018, pour les médicaments hors brevet auxquels le *patent cliff* a été appliqué deux ans auparavant, seules les alternatives répondant à la définition du “médicament le moins cher” seront remboursées.

Un pacte /convenant a été élaboré avec le secteur pharmaceutique et les hôpitaux en vue de développer des mesures uptake, de manière à ce qu'il y ait une concurrence dans le segment des médicaments biologiques hors brevet. La concurrence garantit la durabilité budgétaire dans ce segment du marché par des baisses de prix.

Les incitants dans les hôpitaux sont réalisés via la législation des appels d'offres, basée sur le principe du partage du bénéfice, le bénéfice de l'offre (à 10 % près) restant à la disposition de l'hôpital pour réinvestissement, avec un suivi individuel au niveau de l'hôpital. Le résultat est positif: après deux ans, près de 10 % pour l'érythropoïétine; 40 % pour le filgrastim (tous deux à courte durée d'action et utilisation limitée ou facilité d'utilisation et alternatives à longue durée d'action); 30 % pour l'infliximab.

En 2018, l'accent sera mis sur les biosimilaires délivrés dans les officines publiques: un *gentlemen's agreement* est actuellement élaboré sur la base du principe du partage du bénéfice et d'une cible minimum.

Des mesures réglementaires contraignantes seront élaborées. Celles-ci seront appliquées s'il s'avère en 2018 que l'*uptake* souhaité n'est pas réalisé.

Depuis 2017, l'INAMI paie, pour les médicaments biologiques dès qu'une alternative est disponible, 90 % de la base d'indemnisation à l'hôpital. Ce principe a été instauré en fonction de la stimulation des appels d'offres, le bénéfice résiduel demeurant, selon le principe du partage du bénéfice, à la disposition de l'hôpital pour réinvestissement dans les services où ces médicaments sont consommés. À partir de 2018, ce principe sera étendu aux médicaments chimiques pour lesquels des alternatives identiques sont disponibles. De ce fait, les hôpitaux seront encore davantage incités à utiliser l'alternative la moins chère.

Een aanpassing van het koninklijk besluit dat de geneesmiddelen terugbetalingsprocedures regelt is lopende, met het oog op het systematisch gebruik van de EPAR (*European public assessment report*) in het kader van de evaluatie van de therapeutische waarde en veiligheid van een geneesmiddel.

Een beslissingsboom werd uitgewerkt samen met de sector en gebaseerd op therapeutische meerwaarde.

In geval van een toekenning van meerwaarde door de commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen (CTG) wordt de terugbetaling van de indicatie doorgevoerd zonder prijsaanpassing indien de impact op het geneesmiddelenbudget en de kost per patiënt per jaar onder een zekere drempel ligt (respectievelijk 2,5 miljoen euro en 250 000 euro op jaarbasis);

In het geval deze drempels overschreden worden, wordt de kosteneffectiviteit in rekening gebracht en in functie van het al dan niet kosteneffectief zijn en de impact op het geneesmiddelenbudget of gezondheidszorgbudget wordt een toegelaten kost voor de nieuwe indicatie berekend.

Onderzoek uitgevoerd met het RIZIV heeft aangetoond dat overschrijding in farmabudget niet te wijten is aan art.81. Indien er budgettaire onzekerheden zijn, worden hiertoe maatregelen getroffen binnen het contract. Dit is tevens de voorwaarde van de minister van Begroting om zijn akkoord te verlenen voor het afsluiten van een art.81 contract.

8.2. Samenwerking met Nederland, Luxemburg en Oostenrijk rond geneesmiddelen

Er lopen momenteel verschillende proefprojecten rond gezamenlijke onderhandelingen voor terugbetaling. Deze proefprojecten gebeuren stap per stap waarbij elke stap goed wordt afgewogen. Dit vergt tijd omdat de procedure begint met een gezamenlijke *Health technology assessment* (HTA). In mei 2017 was er een concreet resultaat van gezamenlijke onderhandelingen. Dit resultaat was negatief (Orkambi).

Omdat er geen zicht was op een akkoord over een aanvaardbare prijs kon het geneesmiddel Orkambi voor cystische fibrose niet worden terugbetaald in ons land noch in Nederland. België en Nederland hebben hun gezamenlijke onderhandelingen met fabrikant Vertex daarom moeten beëindigen. De Nederlandse wetgeving laat toe om de besprekingen onmiddellijk verder te zetten, wat recent heeft geleid tot de terugbetaling van Orkambi. De Belgische procedure is verschillend;

L'arrêté royal réglant les procédures de remboursement des médicaments est en cours de modification en vue de l'utilisation systématique de l'EPAR (*European public assessment report*) dans le cadre de l'évaluation de la valeur thérapeutique et de la sécurité d'un médicament.

Un arbre de décision a été élaboré en collaboration avec le secteur en se basant sur la plus value thérapeutique.

Lorsque la plus-value est reconnue par la Commission de remboursement des médicaments (CRM), le remboursement de l'indication est effectué sans que le prix soit adapté si l'impact sur le budget affecté aux médicaments et le coût par patient par année ne dépassent pas un certain seuil (respectivement 2,5 millions et 250 000 euros par an).

Si ces seuils sont dépassés, le rapport coût/efficacité est pris en compte et en fonction de la rentabilité du médicament et de l'impact sur le budget affecté aux médicaments ou sur le budget des soins de santé, un nouveau prix autorisé est calculé pour la nouvelle indication.

Une étude menée en collaboration avec l'INAMI a montré que le dépassement du budget pharmaceutique n'était pas imputable à l'article 81. En cas d'incertitudes d'ordre budgétaire, des mesures sont prises dans le cadre même du contrat. En outre, le ministre du Budget a posé comme condition qu'il doive donner son accord pour qu'une convention art. 81 puisse être conclue.

8.2. Collaboration avec les Pays-Bas, le Luxembourg et l'Autriche en matière de médicaments

Plusieurs projets pilotes sont actuellement en cours autour de négociations communes pour le remboursement. Ces projets pilotes se déroulent étape par étape et chaque étape est minutieusement examinée. Tout cela demande du temps, car la procédure commence par une évaluation commune des technologies de la santé (*Health technology assessment* ou HTA). En mai 2017, les négociations communes ont abouti à un résultat concret. Toutefois, ce résultat était négatif (Orkambi).

Parce qu'il n'y avait pas d'accord en vue sur un prix acceptable, Orkambi, un médicament utilisé pour traiter la mucoviscidose, ne pouvait être remboursé ni dans notre pays, ni aux Pays-Bas. La Belgique et les Pays-Bas ont par conséquent dû mettre fin à leurs négociations communes avec le fabricant Vertex. La législation néerlandaise permet de poursuivre immédiatement les discussions, ce qui a récemment abouti à un remboursement de l'Orkambi. La procédure belge est différente: il

de volledige terugbetalingsprocedure moet opnieuw worden doorlopen om opnieuw te kunnen onderhandelen over de prijs.

De minister vindt dit een succesvolle procedure: de Commissie voor Terugbetaling van Geneesmiddelen bij het Belgische RIZIV en het Nederlandse Zorginstituut hebben samengewerkt voor de beoordeling en zijn gekomen tot een eenduidig oordeel. Beiden menen dat het middel niet kosteneffectief is aan de door de firma voorgestelde prijs. Bijgevolg werd negatief advies gegeven.

In België blijft de open dialoog tussen de minister en de fabrikant bestaan. De fabrikant wacht de publicatie van het nieuw wetgevend kader met betrekking tot de geneesmiddelenprocedures af voor het opstarten van een nieuwe terugbetalingsprocedure. Dit biedt de garantie dat de fabrikant een nieuwe onderhandeling zal kunnen opstarten.

Betreffende de terugbetaling van innovatieve geneesmiddelen wordt sinds begin 2016 de termijn tussen de Ministeriële beslissing en de inwerkingtreding van de terugbetaling met een maand ingekort, zodat deze gemiddeld 45 dagen duurt (maximaal 60 dagen). Een verdere inkorting van deze termijn hangt af van het uitwerken van een IT-databank, die gegevens van verschillende instanties bevat (FAGG, RIZIV, BCFI, FOD Economie, APB). De verzekeringsinstellingen zullen volgens de huidige planning midden 2019 overschakelen naar deze databank. Vanaf dan is een terugbetaling daags na de Ministeriële beslissing mogelijk.

Het *National Innovation Office* van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) werd opgericht om innovatie in farmaceutisch onderzoek en ontwikkeling (R&D) in België en de communicatie met de innovatoren te faciliteren en te ondersteunen.

Het National Innovation Office is bedoeld als centrale toegangspoort tot de bestaande wetenschappelijke en regulatoire expertise van het FAGG, voor geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en voor behandelingen. Het National Innovation Office is toegankelijk voor farmaceutische bedrijven, kleine en middelgrote ondernemingen (kmo's), academische onderzoekscentra, spin-off bedrijven, academische ziekenhuizen en particulieren die actief zijn betrokken bij farmaceutische innovatie in het algemeen en bij onderzoek naar en ontwikkeling naar nieuwe geneesmiddelen en therapieën in het bijzonder.

In 2018 zullen de activiteiten van het *National Innovation Office* binnen het FAGG worden versterkt en

faut recommencer toute la procédure de remboursement pour pouvoir de nouveau négocier un prix.

La ministre estime que cette procédure porte ses fruits: la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI belge et le *Nederlandse Zorginstituut* ont travaillé ensemble à l'évaluation et ont abouti à un jugement univoque. Tous deux ont estimé que le médicament n'était pas rentable au prix proposé par l'entreprise. Par conséquent, un avis négatif a été rendu.

En Belgique, le dialogue reste ouvert entre la ministre et le fabriquant. Le fabriquant attend la publication du nouveau cadre législatif relatif aux procédures en matière de médicaments avant de lancer une nouvelle procédure de remboursement. Il est ainsi garanti que le fabriquant pourra engager de nouvelles négociations.

Concernant le remboursement des médicaments innovants, le délai entre la décision ministérielle et l'entrée en vigueur du remboursement est réduit d'un mois depuis début 2016, de sorte qu'il est de 45 jours en moyenne (60 jours au maximum). Une nouvelle réduction de ce délai dépend de l'élaboration d'une banque de données informatique reprenant les données de plusieurs instances (l'AFMPS, l'INAMI, le CBIP, le SPF Économie, l'APB). Selon le calendrier actuel, les organismes assureurs pourront se servir de cette banque de données à partir de la mi-2019. À partir de ce moment-là, le remboursement sera possible le lendemain de la décision ministérielle.

L'Office national de l'innovation (*National Innovation Office*) de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) a été créé pour faciliter et soutenir l'innovation dans la recherche pharmaceutique et le développement (R&D) en Belgique, ainsi que la communication avec les innovateurs.

L'Office national de l'innovation a vocation à être un point d'accès central à l'expertise scientifique et réglementaire existante de l'AFMPS pour les médicaments à usage humain et vétérinaire, ainsi que pour les traitements. L'Office national de l'innovation est accessible aux entreprises pharmaceutiques, aux petites et moyennes entreprises (PME), aux centres de recherche académiques, aux spin-offs, aux hôpitaux universitaires et aux particuliers activement engagés dans l'innovation pharmaceutique en général et dans la recherche et le développement de nouveaux médicaments et de nouvelles thérapies en particulier.

En 2018, les activités de l'Office national de l'innovation au sein de l'AFMPS seront renforcées et élargies,

uitbreid, zowel wat betreft de procedures, de *product scope* als het doelpubliek.

Met betrekking tot de procedures zal de bestaande dienstverlening worden uitgebreid naar andere types van procedures, bijvoorbeeld *fast track*.

Er wordt beoogd om bijvoorbeeld een *fast track* procedure uit te werken voor de speerpunt domeinen van het FAGG (d.i. *early phase development* en vaccins) en in een latere fase voor het domein van geavanceerde therapieën. Een dergelijke *fast track* procedure is dan gebaseerd op het bestaande concept van *fast track* procedures binnen EMA.

Er wordt tevens de *product scope* voor uitbreiding bekeken. Het FAGG ontvangt vandaag al, in toenemende mate, wetenschappelijk-technisch adviesvragen met betrekking tot companion diagnostics, geneesmiddel-device combinaties, en borderline producten (dit zijn producten waar nog niet duidelijk is waaronder ze moeten gezien worden, geneesmiddel of hulpmiddel). Aansluitend wordt het domein van menselijk lichaamsmateriaal op een analoge wijze geanalyseerd om de dienstverlening van wetenschappelijk-technische adviesvragen hiervoor eveneens mogelijk te maken. Vervolgens kan de scope verder uitgebreid worden naar medische hulpmiddelen en IVD's.

Er wordt tevens een haalbaarheidsstudie gedaan om een bijzondere ondersteuning van de kmo's en de academische sector door middel van een mogelijk geprefereerd regime voor wetenschappelijk-regulatorisch advies.

Het nationaal innovatie bureau maakt eveneens deel uit van een EU-netwerk waar de verschillende Agentschappen deel van uitmaken en wordt gecoördineerd door het EMA.

De minister wenst de internationale rol van het *national innovation office* te versterken. Er wordt ingezet om de observator rol van het FAGG te laten uitgroeien tot een meer actieve rol. Dit houdt in dat het FAGG mee zou werken aan de uitbouw van de methodologie voor *horizon scanning* om evoluties en uitdagingen van innovatieve producten tijdig te identificeren. Deze *horizon scanning* start vanaf het concept tot de start van het *confirmatory* klinisch onderzoek. (Opgelet, deze *horizon scanning* verschilt van de *horizon scanning* in het kader van BeNeLuxA die zich situeert vanaf fase 3 tot het op de markt brengen, terwijl *horizon scanning* in deze context zich situeert vanaf de vroegste fase tot max fase II; vanuit dit perspectief zijn de initiatieven complementair).

tant pour les procédures et les produits qu'à l'égard du public cible.

En ce qui concerne les procédures, les services existants seront étendus à d'autres types de procédures, par exemple à la procédure accélérée.

Par exemple, l'objectif est de développer une procédure accélérée pour les domaines de pointe de l'AFMPS (développement en phase précoce et vaccins) et, à un stade ultérieur, pour le domaine des thérapies avancées. Cette procédure accélérée se fondera sur le concept existant de procédures accélérées au sein de l'EMA.

Les possibilités d'extension sont également prises en compte. L'AFMPS reçoit déjà des demandes d'avis scientifiques et techniques sur les diagnostics compagnons, les combinaisons médicaments-appareils et les produits limites (produits dont la classification n'est pas encore clairement établie: médicaments ou dispositifs). De plus, la question du matériel corporel humain est analysée de manière analogue pour permettre également la fourniture d'avis scientifiques et techniques à ce sujet. Le champ d'application pourra ensuite être étendu aux dispositifs médicaux et aux DIV.

Une étude de faisabilité est également réalisée en vue d'offrir un soutien particulier aux PME et au secteur académique par le biais d'un possible régime préférentiel pour l'avis scientifique/réglementaire.

Le "*national innovation office*" fait également partie d'un réseau de l'UE auquel appartiennent les différentes Agences, et est coordonné par l'EMA.

La ministre souhaite renforcer le rôle international du "*national innovation office*". L'objectif est de transformer le rôle d'observateur de l'AFMPS en un rôle plus actif. Cela implique que l'AFMPS collabore à l'élaboration de la méthodologie en matière d'*horizon scanning* en vue d'identifier à temps les évolutions et les défis posés par des produits innovants. Cet *horizon scanning* va du concept au lancement de la recherche clinique confirmatoire (attention, il diffère de l'*horizon scanning* dans le cadre de BeNeLuxA qui va de la phase 3 à la mise sur le marché, alors que, dans ce contexte, l'*horizon scanning* va de la phase la plus précoce à la phase 2 au maximum; dans cette perspective, ces initiatives sont complémentaires).

8.3. Medische hulpmiddelen en implantaten

De terugbetaling van invasieve medische hulpmiddelen en implantaten wordt geregeld door het koninklijk besluit van 13 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Deze procedure is vergelijkbaar met de procedure voor de terugbetaling van geneesmiddelen maar heeft zijn eigen karakteristieken. Dezelfde vijf criteria die voor de evaluatie van de geneesmiddelen van toepassing zijn, worden ook gebruikt bij de evaluatie van de hulpmiddelenproducten (therapeutische waarde, prijs en terugbetalingsbasis, belang in de praktijk, budgettaire weerslag en kost GVV (Geneeskundige Verzorging en Uitkeringen)/therapeutische waarde). Deze procedure speelt zich af binnen de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve hulpmiddelen. Er is enerzijds de procedure voor de aanpassing van de Lijst van verstrekkingen met hun vergoedingsvoorwaarden die termijn gebonden is voor aanvragen betreffende de implantaten ingediend door bedrijven. De Lijst wordt bijgewerkt via een ministerieel besluit. Daarnaast is er de termijn gebonden procedure voor de bijwerkingen van de nominatieve lijsten die de individuele producten die vergoedbaar zijn bij bepaalde verstrekkingen oplijst. De bijwerking van die nominatieve lijsten wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité.

Specifiek voor de procedure hier t.o.v. de geneesmiddelen is de beperkte klinische toepassing (BKT), die voorziet in een tijdelijke vergoeding gedurende een bepaalde evaluatieperiode (dit is vergelijkbaar met het art. 81 bij geneesmiddelen). Hierbij kunnen in specifieke criteria voorzien worden zoals kwalificaties van ziekenhuizen/artsen, indicaties en aantal hulpmiddelen per jaar. Tevens worden gegevens verzameld en wordt het verwachte resultaat op einde van de periode beschreven. Dit kan toegepast worden bij innovatieve technologie als er nog onzekerheid bestaat of de techniek een meerwaarde biedt. De beslissing om over te gaan tot een BKT is gebaseerd op wetenschappelijke motieven.

De uitkomst van deze procedure bij de Commissie kan, zoals in een procedure geneesmiddelen, een positief of negatief voorstel tot vergoeding zijn of het uitblijven van een voorstel. Ingeval van een negatief voorstel wordt het medisch hulpmiddel bijgevolg niet vergoed door de ziekteverzekering. Bijgevolg zal een vergoed medisch hulpmiddel even efficiënt zijn als bestaande behandelingsalternatieven of, in geval van een meerwaarde, meer efficiënt. Schrappingen uit de

8.3. Dispositifs médicaux et implants

Le remboursement des dispositifs médicaux invasifs et des implants est réglé par l'arrêté royal du 25 juin 2014 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des implants et des dispositifs médicaux invasifs.

Cette procédure est comparable à la procédure de remboursement des médicaments, mais a ses propres caractéristiques. Les cinq critères qui sont d'application pour l'évaluation des médicaments sont également utilisés pour l'évaluation des dispositifs médicaux (valeur thérapeutique, prix et base de remboursement, intérêt dans la pratique, incidence budgétaire et rapport entre le coût SSI (Soins de santé et Indemnités) et la valeur thérapeutique). Cette procédure se déroule au sein de la Commission de Remboursement des Implants et Dispositifs Médicaux Invasifs. Il y a, d'une part, la procédure d'adaptation de la Liste des prestations avec leurs conditions de remboursement, qui est assortie d'un délai pour les demandes relatives aux implants introduites par des entreprises. La Liste est adaptée par le biais d'un arrêté royal. D'autre part, il y a la procédure assortie d'un délai pour les adaptations des listes nominatives qui énumèrent les produits individuels qui sont remboursables dans le cas de certaines prestations. L'adaptation de ces listes nominatives est approuvée par le Comité de l'assurance.

L'application clinique limitée (ACL), qui prévoit un remboursement temporaire pendant une certaine période d'évaluation (comparable à l'article 81 pour les médicaments) a été développée spécifiquement pour la procédure relative aux médicaments. Dans ce cadre, des critères spécifiques peuvent être définis, comme les qualifications des hôpitaux/médecins, les indications et le nombre de dispositifs par an. Dans le même temps, des données sont collectées et le résultat escompté à la fin de la période est décrit. Cette procédure peut s'appliquer aux technologies innovantes, lorsqu'on ne sait pas encore avec certitude si la technique présente une plus-value. La décision de procéder à une ACL se fonde sur des motifs scientifiques.

L'issue de cette procédure auprès de la Commission peut, comme pour la procédure relative aux médicaments, être une proposition de remboursement positive ou négative ou l'absence de proposition. En cas de proposition négative, le dispositif médical n'est donc pas remboursé par l'assurance maladie. Il s'ensuit qu'un dispositif médical remboursé sera aussi efficace que les traitements alternatifs existants ou, en cas de plus-value, plus efficace. Il arrive également que le remboursement

terugbetaling gebeuren eveneens. Zo is de vergoeding voor de *metal-on-metal* heupprothesen op 0 euro geplaatst omdat deze risico's inhouden voor de patiënt (cf. advies FAGG).

Niet-invasieve medische hulpmiddelen kennen ook nog andere wegen van terugbetaling zoals het budget financiële middelen en honoraria.

In de raamovereenkomst met de sector medische hulpmiddelen werd tevens een budgettair traject uitgestippeld waarin werd overeengekomen om tegen het eind van deze legislatuur 41 miljoen euro te besparen, de resterende 8 miljoen euro wordt in 2018 gerealiseerd. In 2015 werd hiervan al 33 miljoen gerealiseerd (onder andere bij implantaten wervelkolom en hartstimulatoren).

Medische hulpmiddelen en technologie openen perspectieven voor de behandeling van patiënten buiten de muren van het ziekenhuis (bv. voor kankerbehandeling, bepaalde respiratoire pathologieën en nierinsufficiëntie), in hun thuisomgeving, maar tegelijkertijd brengen ze nieuwe noden met zich mee, bijvoorbeeld op technisch vlak.

Thuiszorg vraagt een gedegen technische ondersteuning die de garanties moet bieden aan patiënten rond technische kennis en beheersing van de nieuwste technologieën, naleving van wetgeving, contacten tussen de technicus en het multidisciplinaire team, contacten met de patiënt rond veiligheid en efficiëntie van de gebruikte technologie.

De verantwoordelijke voor de technische ondersteuning van de thuiszorg zal onder meer moeten beantwoorden aan criteria rond opleiding, traceerbaarheid, onderhoud, verzekeren van technische permanentie, richtlijnen rond autocontrole en bewaken van therapietrouw van de patiënt.

Om dit mogelijk te maken is een wettelijke erkenning nodig die een onderscheid maakt tussen enerzijds de geleverde dienst en de technische ondersteuning van de thuiszorg en anderzijds de verantwoordelijkheden van de gezondheidsbeoefenaar in het kader van de behandeling van de patiënt. Dit dient dus te worden afgestemd met de herziening van het KB nr. 78 en de proefprojecten thuishospitalisatie.

Meer specifiek, wordt gewerkt aan gidsen voor zogenaamde "*services & technologies home assistance*" leveranciers. In een eerste fase herneemt deze gids verschillende criteria die moeten voldaan zijn om een registratienummer te bekomen bij het FAGG voor leverancier van thuisdiensten. In een tweede fase zullen er

soit supprimé. C'est ainsi que le remboursement des prothèses de hanche métal-métal a été ramené à 0 euro en raison des risques que comportait ce dispositif pour le patient (cf. avis de l'AFMPS).

Les dispositifs médicaux non invasifs connaissent également d'autres modes de remboursement, comme le budget des moyens financiers et des honoraires.

Dans la convention-cadre conclue avec le secteur des dispositifs médicaux, une trajectoire budgétaire a en outre été définie. Il a été convenu d'économiser 41 millions d'euros d'ici à la fin de la législature, les 8 millions d'euros restants étant réalisés en 2018. En 2015, 33 millions ont déjà été réalisés (entre autres, pour des implants de la colonne vertébrale et des stimulateurs cardiaques).

Les technologies et les dispositifs médicaux ouvrent des perspectives pour le traitement de patients en dehors du milieu hospitalier (par exemple, pour le traitement du cancer, de certaines pathologies respiratoires et de l'insuffisance rénale), dans leur environnement familial, mais dans le même temps, ils entraînent de nouveaux besoins, sur le plan technique, par exemple.

Les soins à domicile requièrent un appui technique correct qui doit offrir aux patients toutes les garanties en matière de connaissances techniques et de maîtrise des technologies les plus récentes, de respect de la législation, de contacts entre le technicien et l'équipe multidisciplinaire, de contacts avec le patient concernant la sécurité et d'efficacité de la technologie utilisée.

Le responsable de l'appui technique des soins à domicile devra en outre répondre à des critères en matière de formation, de traçabilité, d'entretien, de permanence technique, de directives d'autocontrôle et de surveillance de la fidélité du patient à la thérapie.

Pour ce faire, une reconnaissance légale est nécessaire. Celle-ci doit opérer une distinction entre, d'une part, le service presté et l'appui technique des soins à domicile et, d'autre part, les responsabilités du prestataire de soins de santé dans le cadre du traitement du patient. Cet aspect doit donc être harmonisé dans le cadre de la révision de l'AR n° 78 et des projets-pilotes d'hospitalisation à domicile.

Plus spécifiquement, un guide pour les fournisseurs de "*services et technologies d'assistance à domicile*" est en préparation. Dans une première phase, ce guide reprend les différents critères qui doivent être remplis pour obtenir un numéro d'enregistrement de fournisseur de services à domicile auprès de l'AFMPS. Dans

gidsen uitgewerkt worden per pathologie en de overeenkomstige technologie (voor het luik financiering, samen met het RIZIV).

Om een registratienummer te bekomen, zullen de leveranciers en zijn werknemers of onderaannemers aan onder andere de volgende criteria moeten voldoen: Vorming op technisch gebied, Europese en nationale regelgeving rond medische hulpmiddelen, farmacovigilantie, materiovigilantie, traceerbaarheid, kwaliteit en verantwoordelijkheden.

De leverancier dient dus de traceerbaarheid en het onderhoud van de medische technologie ter beschikking gesteld aan de patiënt te verzekeren: de leverancier dient hiervoor in onder meer de nodige interne procedures en registers te voorzien.

De leverancier moet tevens werken met werknemers die de correcte kwalificaties hebben.

Bovendien moet de thuisleverancier voorzien in een technische permanentie: de nodige contact coördinaten zijn hiervoor gekend en de organisatie van de permanentie wordt aangepast naargelang de risico van de technologie en de pathologie.

Daarnaast respecteert de thuisleverancier het medisch geheim. Tenslotte heeft de thuisleverancier geregeld contact met het multidisciplinair team en werkt hij of zij mee aan het stimuleren van therapietrouw.

In het kader van de *recast* wordt inderdaad het contactpunt voor *Invitro Diagnostic Device* (IVD) van het WIV naar het FAGG overgeheveld. Deze transfer was overeengekomen in het Pact dat werd gesloten met de sector van de medische technologie en kadert in een administratieve vereenvoudiging gegeven dat het FAGG verantwoordelijk is voor inspectie en vigilantie-activiteiten.

Vanuit dit perspectief is het opportuun om één contactpunt te hebben voor de bedrijven; in die zin fungeert het FAGG als uniek portaal. Dit betekent in praktijk dat de bedrijven hun aanvragen moeten indienen bij het FAGG en niet langer bij het WIV. De verdere procedures kennen vandaag echter geen wijziging maar kunnen wel aanpassingen kennen in het kader van het implementeren van het nieuwe Europese reglementair kader.

Verder blijft de terugbetaling een competentie van het RIZIV en zal geen invloed van deze transfer ondervinden.

une deuxième phase, des guides seront élaborés par pathologie et la technologie correspondante (pour le volet financement, conjointement avec l'INAMI).

Pour obtenir un numéro d'enregistrement, les fournisseurs et leurs travailleurs ou sous-traitant devront répondre notamment aux critères suivants: formation sur le plan technique, réglementation nationale et européenne en matière de dispositif médicaux, pharmacovigilance, matériovigilance, traçabilité, qualité et responsabilités.

Le fournisseur sera donc tenu d'assurer la traçabilité et la maintenance de la technologie médicale mise à la disposition du patient: à cet effet, le fournisseur devra notamment prévoir les procédures internes et registres nécessaires.

Le fournisseur devra également s'entourer de travailleurs disposant des qualifications adéquates.

En outre, le fournisseur à domicile devra prévoir une permanence technique: les coordonnées nécessaires à cet effet sont connues et l'organisation de la permanence sera adaptée en fonction du risque de la technologie et de la pathologie.

Le fournisseur à domicile respectera en outre le secret médical. Enfin, il entretiendra des contacts réguliers avec l'équipe pluridisciplinaire et contribuera à favoriser l'observance thérapeutique.

Dans le cadre du *recast*, le point de contact relatif aux dispositifs de diagnostic *in vitro* (IVD) de l'ISP sera effectivement transféré à l'AFMPS. Ce transfert avait été convenu dans le Pacte conclu avec le secteur de la technologie médicale et s'inscrit dans le cadre d'une simplification administrative, dès lors que l'AFMPS est responsable de l'inspection et des activités de vigilance.

Dans cette perspective, il est opportun de disposer d'un point de contact unique pour les entreprises, dans ce sens, l'AFMPS fera office de portail unique. En pratique, cela veut dire que les entreprises devront introduire leurs demandes auprès de l'AFMPS, et non plus auprès de l'ISP. Les procédures ultérieures ne sont toutefois plus modifiées actuellement, mais pourraient l'être dans le cadre de la mise en œuvre du nouveau cadre réglementaire européen.

En outre, le remboursement reste une compétence de l'INAMI et ne sera pas impacté par ce transfert.

9. Gezondheidsbescherming

9.1. Voeding en gezondheid

Preventie behoort tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen. Dit omvat sensibilisering van de bevolking en onderwijs, wat een belangrijke hefboom is om gewoontes op vlak van voeding en beweging positief te veranderen. De minister verwijst daarbij naar de nieuwe voedings- en bewegingsdriehoek die in Vlaanderen werd uitgewerkt, en aan het aanleren van goede voedingsgewoonten op school.

De minister handelt binnen haar bevoegdheid als federaal minister en

- maakt afspraken met voedingsindustrie en retail om de samenstelling van de producten evenwichtiger te maken. Het convenant “energie” dat verleden jaar in juni werd afgesloten om het caloriegehalte te verlagen en het gehalte aan bijvoorbeeld vezels te verhogen behoort tot de meest vooruitstrevende van dergelijke afspraken die in de Europese Unie zijn gemaakt.

- trekt aan de kar om alle betrokken bevoegdheidsdomeinen rond de tafel te zetten want na de 6^e staats-hervorming krijgt het beleid van de deelstaten op vlak van voeding en gezondheid nog volop vorm. In regel één keer per maand zitten de betrokken administraties en kabinetten samen en een lid van de beleidscel van de minister zit deze vergaderingen voor.

- verleent steun aan de initiatieven die reclame voor voedingsproducten gericht op kinderen aan voorwaarden onderwerpen op vlak van de evenwichtige samenstelling van deze producten.

- zet de instrumenten in om gezonde voedingsgewoonten bij baby's te promoten in de ziekenhuizen (via het *Baby Friendly Hospital Initiative*), overlegt met de deelstaten over de voorbereiding van de volgende Voedselconsumptiepeiling van het WIV, gaat met de voedingsteams in de ziekenhuizen de ondervoeding tegen bij specifieke groepen patiënten.

De wetgeving inzake etikettering van voedingsproducten wordt op Europees niveau vastgelegd. Volgens de vigerende Europese regelgeving kunnen op nationaal niveau geen bijkomende verplichtingen inzake etikettering worden opgelegd. Vrijwillige systemen zijn echter wel mogelijk, na kennisgeving aan de Europese Commissie en een door haar ingesteld onderzoek. Het is daarom noodzakelijk dat de minister steun zoekt bij

9. Protection de la santé

9.1. Nutrition et santé

La prévention relève des compétences des Communautés. Il s'agit notamment de sensibiliser et d'éduquer la population, ce qui constitue un levier important pour induire des changements positifs dans les habitudes en matière d'alimentation et d'activités physiques. La ministre renvoie à cet égard au nouveau triangle concernant la nutrition et l'activité physique élaboré en Flandre et à l'acquisition de bonnes habitudes alimentaires à l'école.

La ministre agit dans les limites de ses compétences en tant que ministre fédérale et:

- conclut des accords avec l'industrie alimentaire et le commerce de détail pour que la composition des produits soit mieux équilibrée. L'accord “énergie” conclu en juin dernier pour réduire la teneur calorique et augmenter la teneur en fibres, par exemple, figure parmi les accords les plus progressistes conclus au sein de l'Union européenne dans ce domaine;

- déploie de nombreux efforts pour réunir tous les domaines de compétence concernés car, par suite de la sixième réforme de l'État, la politique des entités fédérées en matière de nutrition et de santé est en pleine réorganisation. En règle générale, les administrations et les cabinets concernés se réunissent une fois par mois et un membre de la cellule stratégique de la ministre préside ces réunions;

- soutient les initiatives qui soumettent la publicité en faveur de produits alimentaires destinés aux enfants à certaines conditions concernant l'équilibre de la composition des aliments;

- utilise les instruments visant à promouvoir des habitudes alimentaires saines chez les bébés dans les hôpitaux (via l'initiative *Baby Friendly Hospital*), consulte les entités fédérées à propos de la préparation de la prochaine enquête sur la consommation alimentaire de l'Institut scientifique de santé publique, et lutte avec les équipes de nutrition hospitalières contre la malnutrition chez certains groupes spécifiques de patients.

La législation en matière d'étiquetage des denrées alimentaires est décidée au niveau européen. Dans les règlements européens en vigueur, on ne peut pas imposer d'obligations additionnelles d'étiquetage au niveau national. Par contre, des systèmes volontaires sont possibles après une notification à la Commission européenne et une enquête par celle-ci. Il est donc impératif que la ministre cherche un soutien auprès

de producenten en de verdelers, opdat een eventueel label op zoveel mogelijk voedingsproducten kan worden aangebracht.

9.2.1. *Tabak*

Er zijn extra controleurs ingezet voor de controle over het tabaksgebruik. Ze doen hun job en worden ingezet op moeilijke – en piekmomenten.

De minister herhaalt dat haar standpunt inzake de minimale leeftijd gekend is. Het is niet nuttig om dit debat opnieuw te voeren in de commissie tijdens de bespreking van de beleidsnota. Beide dossiers die aan het Parlement werden toevertrouwd, namelijk roken in de wagen en de leeftijdskwestie zijn nog niet afgerond. De minister laat het over aan het Parlement om over deze twee dossiers een uitspraak te doen.

Het tabaksplan is en blijft het kader. Dat wilt dus ook zeggen dat de invoering van een neutrale verpakking mogelijk zal zijn indien voldaan wordt aan de voorwaarden die binnen de regering werden afgesproken. De minister is er voorstander van en ze voert het tabaksplan loyaal uit.

9.2.2. *Alcohol*

Het project van de *alcoholliason* wordt voortgezet in de acht ziekenhuizen. Ziekenhuizen met verschillend profiel waardoor blijkt dat de noodzakelijke aanpak kan verschillen. Veralgemening is budgettair gezien niet mogelijk (400 000 euro voor 8 ziekenhuizen). Maar iets opbouwen om de ziekenhuizen het zelf te laten voortzetten is een mogelijke piste.

De minister heeft het niet meer over een “algemeen plan” gezien dit niet is gelukt in het kader van de bespreking op IMC-niveau. Ze heeft meteen gecommuniceerd dat ze binnen haar bevoegdheden wel een aantal stappen wil zetten.

Het etiketteren van een aantal gegevens vindt de minister een interessante piste qua verstrekking van rechtstreekse en correcte informatie aan de consumenten, maar dit is moeilijk op te leggen in een EU-context. De minister is voorstander om deze discussie op te starten met de producenten.

des producteurs et des distributeurs afin qu'un label éventuel soit mis sur le plus grand nombre possible de produits alimentaires.

9.2.1. *Tabac*

Des contrôleurs supplémentaires ont été déployés afin de contrôler la consommation de tabac. Ils font leur travail et interviennent à des moments délicats et lors de pics de consommation.

La ministre répète que son avis sur l'âge minimum est connu et qu'il n'est dès lors pas utile de rouvrir ce débat en commission au moment de la discussion de sa note de politique générale. Les deux dossiers soumis au Parlement, à savoir celui sur la consommation de tabac dans l'habitacle d'une voiture et celui sur l'âge minimum, ne sont pas encore clôturés. La ministre laisse au Parlement le soin de se prononcer sur ces deux dossiers.

Le plan anti-tabac est et reste le cadre de référence. Cela veut donc dire que l'introduction du paquet neutre sera possible s'il est satisfait aux conditions qui ont été convenues au sein du gouvernement. La ministre y est favorable et met en œuvre le plan anti-tabac de manière loyale.

9.2.2. *Alcool*

Le projet “liaison alcool” se poursuit dans les huit hôpitaux. Ces hôpitaux présentent des profils différents, ce qui révèle que l'approche nécessaire peut varier. D'un point de vue budgétaire, une généralisation n'est pas possible (400 000 euros pour huit hôpitaux), mais on peut envisager de construire quelque chose pour permettre aux hôpitaux de poursuivre eux-mêmes le projet.

La ministre ne parle plus d'un “plan général”, étant donné que ce projet a échoué lors des discussions au niveau de la CIM. Elle a toutefois d'emblée communiqué qu'elle comptait entreprendre une série de démarches dans les limites de ses propres compétences.

La ministre considère l'étiquetage d'une série de données comme une piste intéressante pour fournir des informations directes et correctes au consommateur, mais c'est une mesure difficile à mettre en place dans un contexte européen. La ministre consent à lancer cette discussion avec les producteurs.

10. Ziekenfondsen

In het pact VI wordt in actieverbintenis 34 aangehaald dat de verzekeringsinstellingen een voorstel tot referentiekader en actieplan voor de heroriëntatie en uitvoering van de verplichte aanvullende verzekering en de publiciteit ervan uitwerken. De besprekingen hierrond zijn in hun laatste fase. Doel is het aanbod in de verplichte aanvullende verzekering meer af te stemmen op de gezondheidsnoden van de verzekerden. Het zijn de VI die samen met de CDZ (controledienst der ziekenfondsen) de criteria bepalen. Er dient anderzijds wel gewezen te worden op het feit dat, hoewel de aanvullende verzekering nu een verplicht karakter heeft, de middelen voor die verplichte aanvullende verzekering worden aangereikt door de leden zelf en niet door de overheid.

De verplichte aanvullende verzekering wordt dus niet gefinancierd met publieke middelen, maar met de bijdragen van de leden indien deze bij één van de vijf landsbonden aangesloten zijn. Enkel de leden van de HZIV (Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering) betalen geen bijdragen en hebben geen verplichte aanvullende verzekering.

Actieverbintenissen 30 tot en met 33 van het pact met de verzekeringsinstellingen bepalen de heroriëntatie van het werk van adviserende artsen. Dat wordt opgesplitst in drie delen: het eerste is het kerntakendebat waar geanalyseerd wordt welke taken de adviserende artsen zullen blijven uitvoeren en op welke manier. Het tweede deel zijn besprekingen over hun statuut en het derde deel stelt een model van good governance van het korps van adviserende artsen voor. Een volledig rapport over de 3 onderdelen wordt verwacht tegen 31/03/2018.

11. Actieverbintenissen

De volgende acties werden niet in de beleidsnota opgenomen (AV: actieverbintenissen)

AV 2: een gemeenschappelijk thema met betrekking tot informatieverzetting bepalen

AV 21: de uitbreiding van de permanente steekproef (EPS) met gegevensbestanden voor de KATZ-schaal en het hoofdstuk IV Geneesmiddelen

AV 23: de uitvoering van de in het kader van het IMA relevante Europese verordeningen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer

10. Mutualités

Dans le pacte VI, aux termes de l'action engagement 34, les organismes assureurs transmettent à la ministre une proposition de cadre de référence et de plan d'action relatifs à la réorientation et l'épuration de l'assurance complémentaire obligatoire ainsi que de sa publicité. Les discussions en la matière en sont à la dernière phase. L'objectif est de mieux aligner l'offre prévue dans l'assurance maladie obligatoire sur les besoins des assurés en matière de santé. Ce sont les OA qui définissent les critères, de concert avec l'OCM (Office de contrôle des mutualités). Il est à noter, d'autre part, que bien que l'assurance complémentaire soit désormais obligatoire, les moyens destinés à cette assurance complémentaire obligatoire proviennent des membres mêmes, et non de l'autorité.

L'assurance complémentaire obligatoire n'est donc pas financée au moyens de deniers publics, mais à l'aide des cotisations des membres s'ils sont affiliés à l'une des cinq unions nationales. Seuls les membres de la CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie invalidité) ne versent pas de cotisations et n'ont pas d'assurance complémentaire obligatoire.

Les actions engagements 30 à 33 du pacte avec les organismes assureurs définissent la réorientation du travail des médecins-conseils. Trois volets y sont distingués: premièrement, le débat sur les missions-clés, qui analysera les missions que les médecins-conseils continueront à exercer et la manière dont ils le feront. Le deuxième volet concerne les discussions relatives au statut, alors que le troisième volet propose un modèle de bonne gouvernance du corps de médecins-conseils. Un rapport complet sur les trois volets est attendu d'ici le 31 mars 2018.

11. Actions-Engagements

Les actions qui n'ont pas été introduites dans la note de politique sont les suivantes (AE: actions engagements).

AE 2: définir un thème commun en matière de fourniture d'informations

AE 21: extension de l'échantillon permanent (EPS) avec des bases de données pour l'échelle de KATZ et le chapitre IV Médicaments

AE 23: mise en œuvre des réglementations européennes relatives à la protection de la vie privée pertinentes dans le cadre de l'AIM

AV 26: de opvolging van de verslagen van het Plan Handhaving

AV 31: het opstellen van een verslag met betrekking tot de kerntaken van de adviserend arts

AV 37: beschikkingen met betrekking tot het versterken van de administratie van de VI

AV 50: voorstel van de CDZ met betrekking tot het coördinatiewerk en de verslagen van de VI (bijvoorbeeld het afsluiten van de rekeningen)

AV 51: het opstellen van transparante verslagen en de terbeschikkingstelling ervan aan de CDZ en de DAC

AV 54: de beperking in de tijd van het nog steeds bestaande dubbele circuit

AV 58: de evaluatie van de parametrische formule voor de verdeling van de administratieve kosten

AV 61: het omzetten van de actieverbintenissen van het Pact in criteria binnen de VARAK

AV 66: het onderzoek van de individuele verantwoordelijkheid ten opzichte van de collectieve verantwoordelijkheid

Meerdere actieverbintenissen hebben op het vlak van de implementatie een permanent karakter en staan onder het toezicht van de Beleidscel.

12. Redesign van de federale gezondheidsadministraties

Bij Sciensano wordt een comité opgericht dat verantwoordelijk zal zijn voor de programmering en validatie van de studies. Dat comité zal uit verschillende actoren bestaan, naar analogie van de huidige Raad van Bestuur van het KCE. Het zal met name twee artsenvertegenwoordigers omvatten, evenals twee vertegenwoordigers van de ziekenhuizen, drie vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en twee vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen. Dat zijn er dus evenveel als in de Raad van Bestuur van het KCE.

De minister is ervan overtuigd dat de onafhankelijkheid, objectiviteit en integriteit zullen worden gewaardeerd. De programmering en validatie van het wetenschappelijk onderzoek zullen worden verzorgd door een volledig van de Raad van Bestuur onafhankelijk comité, dat verscheidene partijen bijeenbrengt. De Raad van Bestuur zal geen enkele impact kunnen hebben op de beslissingen van dat comité en *vice versa*.

AE 26: suivi des comptes rendus du Plan dans le cadre de la politique de contrôle

AE 31: production d'un rapport sur les tâches essentielles du médecin-conseil

AE 37: dispositions relatives au renforcement de la force d'administration des OA

AE 50: proposition de l'OCM sur les interventions de coordination et les comptes rendus des OA (par ex. la clôture des comptes)

AE 51: production de rapports transparents avec mise à la disposition de l'OCM et du SCA

AE 54: limitation dans le temps de la persistance du double circuit

AE 58: évaluation de la formule de paramétrie pour la répartition des frais d'administration

AE 61: traduction des actions-engagements du Pacte en critères au sein des VARAK

AE 66: examen de la responsabilité individuelle par rapport à la responsabilité collective

Plusieurs actions-engagements ont un caractère permanent de mise en œuvre et sont surveillés par la Cellule stratégique.

12. Redesign des administrations fédérales de la santé

Un comité responsable de la programmation et de la validation des études est mis en place au sein de Sciensano. Ce comité sera composé de différents acteurs par analogie avec le Conseil d'administration actuel du KCE. Ce comité comprendra notamment deux représentants des médecins, deux représentants des hôpitaux, trois représentants des mutualités et deux représentants des associations de patients. C'est donc autant que dans le Conseil d'administration actuel du KCE.

La ministre est convaincue que l'indépendance, l'objectivité et l'intégrité seront préservés. La programmation et la validation de la recherche scientifique seront assurées par une commission rassemblant plusieurs parties prenantes, totalement indépendante du Conseil d'administration. Le Conseil d'administration ne pourra avoir aucun impact sur les décisions de ce comité et *vice versa*.

Zo kan een moderne en efficiënte organisatie worden uitgebouwd, waarbij het mogelijk is onafhankelijke en wetenschappelijk gefundeerde adviezen uit te brengen.

13. Samenwerking met de deelstaten in verband met preventiebeleid

Met betrekking tot de afstemming met de deelstaten voor het optimaliseren van onder meer de HPV-vaccinatie merkt de minister op dat het artikel 5, § 1, l, 8° van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming van de instellingen stelt dat “de gezondheidsopvoeding alsook de activiteiten en diensten op het vlak van de preventieve gezondheidszorg, evenals alle initiatieven inzake de preventieve gezondheidszorg” toekomen aan de bevoegdheden van de deelstaten.

Concreet verstaat men hieronder dat indien men succesvol aan een preventiebeleid wenst te doen, dan moet men als deelstaatoverheid voorzien in een waaier aan acties: sensibilisering, het aanzetten van mensen tot participatie aan de preventieve onderzoeken zoals borstkankerscreening, het organiseren van een oproepsysteem *call and re-call* om deel te nemen aan de *cervixscreening*, het opzetten van een vaccinatiecampagnes in de scholen of via de organisaties zoals Kind&Gezin, ONE en diensmeer. Het nemen van dergelijke maatregelen vallen evenwel allemaal buiten de bevoegdheid van de federale minister van Volksgezondheid. De deelstaten zijn eraan gehouden voor dit beleid voldoende en evenredig middelen ter beschikbaar te stellen.

Historisch financiert de federale overheid evenwel een deel van de kosten van de preventiecampagnes van de deelstaten, met name wanneer het gaat over de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen en geneesmiddelen binnen het betrokken programma. Om in de toekomst meer kwaliteitsgaranties in te bouwen indien de federale overheid zou participeren in (nieuwe, bijkomende) preventieprogramma's van de deelstaten, dan opent het reeds vaak aangehaalde protocolakkoord van 21 maart 2016 perspectieven om in dergelijke garanties te voorzien. Zo bepaalt hoofdstuk 3, afdeling 1 (vaccinaties) bij de engagementen van de federale overheid volgende bepaling terug – de minister citeert: “Zij kan minimale kwaliteitsvoorwaarden stellen als voorwaarde voor deze financiering, zoals bijvoorbeeld het bereiken van een minimale participatiegraad of het type vaccin. De eventuele financiële consequenties van het al dan niet behalen van deze kwaliteitsvoorwaarden worden op voorhand bepaald.” Dat is in ieder geval één van de uitgangspunten die de minister inneemt bij het invullen van de preventieprogramma's die aanhangig zijn in de IMC Volksgezondheid.

Ainsi, il est possible de développer une organisation moderne et performante tout en permettant la production indépendante d'avis scientifiques fondés.

13. Collaboration avec les entités fédérées en ce qui concerne la politique de prévention

En ce qui concerne la concertation avec les entités fédérées en vue d'optimiser notamment la vaccination HPV, la ministre fait observer que l'article 5, § 1^{er}, l, 8° de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles dispose que l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive relèvent de la compétence des entités fédérées.

Cela signifie concrètement que si une entité fédérée veut mener une politique de prévention couronnée de succès, elle doit prévoir un éventail d'activités: sensibiliser, inciter les gens à participer aux examens de prévention comme le *screening* du cancer du sein, organiser un système de *call and re-call* en matière de *screening* cervical, organiser des campagnes de vaccination dans les écoles ou par le biais d'organisations comme Kind&Gezin, l'ONE, etc. Le ministre fédéral de la Santé publique n'est toutefois pas compétent pour prendre de telles mesures. Les entités fédérées sont tenues de dégager des moyens suffisants et proportionnels pour la mise en œuvre de cette politique.

Historiquement, l'autorité fédérale finance toutefois une partie du coût des campagnes de prévention des entités fédérées, notamment le coût des prestations médicales et des médicaments dans le cadre du programme concerné. Afin de prévoir davantage de garanties de qualité à l'avenir au cas où l'autorité fédérale participerait à des programmes de prévention (nouveaux, supplémentaires) des entités fédérées, le protocole d'accord du 21 mars 2016, qui a été cité à plusieurs reprises, ouvre des perspectives en ce qui concerne de telles garanties. La ministre cite la disposition suivante du chapitre 3, section 1^{re} (vaccinations) concernant les engagements de l'autorité fédérale: “L'autorité fédérale peut imposer des exigences minimales de qualité comme condition de ce financement comme par exemple l'atteinte d'un taux de participation minimum ou le type de vaccin. Les éventuelles conséquences financières de l'atteinte ou non de ces conditions de qualité sont déterminées à l'avance.”. Il s'agit en tout cas d'un des principes de base que la ministre applique dans le cadre des programmes de prévention qui sont pendants devant la CIM Santé publique.

14. Verplichte verzekering

In het Medicomut-Akkoord van 2016-2017 (punt 6) is een hervorming van de accreditering voorzien. Een gemengde werkgroep van leden van de Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen (NCAZ) en de Nationale Raad voor Kwaliteitscontrole (NRKP) werd belast om de definitie en het concept van de accreditering te herdenken. De voornaamste reden is om te voldoen aan de nieuwe noden van de zorgverleners (o.a. multidisciplinaire en geïntegreerde zorg, digitalisering, aandacht voor doelmatige zorg, ...). Tijdens de laatste vergadering (26/9/2017) werd beslist een specifieke werkgroep op te richten en in het volgende akkoord zal er ook verder aandacht aan geschonken worden.

15. Medische huizen

De medische huizen hebben een plaats in het zorglandschap als partners bij de organisatie van de ruimst en vlotst mogelijke toegang tot de zorg. De door de regering gevraagde doorlichting zal eerlang worden gepubliceerd. De minister is voornemens de verzamelde informatie te gebruiken om op grond van de resultaten van die doorlichting toekomstige strategische oriëntaties voor te stellen, teneinde het systeem te optimaliseren.

Betaalbare gezondheidszorg wordt in alle akkoorden en overeenkomsten met zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen nagestreefd. Elke voorstel van verbetering van dekking van gezondheidszorg wordt afgetoetst op betaalbaarheid. Medische huizen kunnen een bijdrage betekenen voor het bewerkstelligen van betaalbare gezondheidszorg voor de patiënt, zoals vele andere organisatievormen dat ook kunnen zijn.

De aanvragen die dateerden van na 8/10/2016 werden niet behandeld ingevolge het door de regering opgelegde moratorium in afwachting van de resultaten van de audit. Maar tot voor kort heeft de minister nog altijd akkoorden voor forfaitaire betaling goedgekeurd. Enkele daarvan met ingang vanaf 1/1/2018 omdat het budget van de medische huizen in overschrijding is (op basis van de technische ramingen van september 2017).

16. Gendermainstreaming en handistreaming

Handistreaming is een transversale en preventieve strategie die tot doel heeft in alle beleidsdomeinen de handicapdimensie te integreren, teneinde ongelijkheden te voorkomen tussen personen met een beperking en mensen die geen handicap hebben. *Handistreaming* beoogt dus de integratie van de handicapdimensie in alle overheidsbeleidslijnen.

14. Assurance obligatoire

L'accord médico-mutualiste de 2016-2017 (point 6) prévoit une réforme de l'accréditation. Un groupe de travail mixte composé de membres de la Commission nationale médico-mutualiste (CNMM) et du Conseil National de Promotion de la Qualité (CNPQ) a été chargé de repenser la définition et le concept d'accréditation, l'objectif principal étant de rencontrer les nouveaux besoins des prestataires de soins (soins multidisciplinaires et intégrés, numérisation, importance accordée à l'efficacité des soins, ...). Il a été décidé lors de la dernière réunion (26 septembre 2017) de créer un groupe de travail spécifique. Le prochain accord se penchera plus avant sur la question.

15. Maisons médicales

Les maisons médicales ont une place dans le paysage de soins en tant que partenaires dans l'organisation de l'accès le plus large et le plus aisé possible aux soins. L'audit demandé par le gouvernement sera publié prochainement. La ministre a l'intention d'utiliser les informations collectées pour proposer de futures orientations stratégiques sur la base des résultats de cet audit en vue d'optimiser le système.

Tous les accords et conventions conclus avec les prestataires de soins et les organismes assureurs visent à garantir des soins de santé abordables. Chaque proposition d'amélioration de la couverture des soins de santé est examinée en fonction de son accessibilité financière. Tout comme de nombreuses autres formes d'organisation, les maisons médicales peuvent contribuer à garantir des soins de santé abordables pour le patient.

Eu égard au moratoire imposé par le gouvernement dans l'attente des résultats de l'audit, les demandes introduites après le 8 octobre 2016 n'ont pas été traitées. Toutefois, jusqu'il y a peu, la ministre continuait à approuver des accords en matière de paiement forfaitaire, certains avec effet à partir du 1^{er} janvier 2018, parce qu'il y a un dépassement du budget des maisons médicales (d'après les estimations techniques de septembre 2017).

16. Gender mainstreaming et Handistreaming

Le *Handistreaming* est une stratégie transversale et préventive qui a pour objectif d'intégrer dans tous les domaines politiques la dimension du handicap, afin d'éviter des inégalités entre les personnes en situation de handicap et les personnes sans handicap. Le *Handistreaming* envisage donc l'intégration de la dimension du handicap dans toutes les politiques publiques.

Bij de tenuitvoerlegging van het Gemeenschappelijk plan voor chronisch zieken werd beoogd adviesorganen zoals de Nationale Hoge Raad voor Personen met een Handicap (NHRPH) bij de zaak te betrekken. In het kader van de hervorming van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen wordt rekening gehouden met het protocolakkoord betreffende de relatie tussen de beroepsbeoefenaars die in de sector voor hulp aan personen met een handicap werkzaam zijn en de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen. De moeilijkheid is dat de strikte regelgeving inzake de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen in sommige situaties de zorg of zelfs het dagelijks leven van de patiënt belemmerde. Kennelijk is het onmogelijk te allen tijde de gezondheidszorgverrichtingen te laten uitvoeren door bevoegde gezondheidszorgwerkers.

Bij de hervorming van KB nr. 78 zullen de bepalingen moeten worden gewijzigd om te omschrijven wat moet worden verstaan onder “onwettige uitoefening van de verpleegkunde”. Dat moet ervoor zorgen dat de mensen uit de omgeving van de patiënt (de mantelzorger, de opvoeder, de onthaalouder van het kind, de leerkracht enzovoort) technische verpleegkundige verrichtingen mogen uitvoeren binnen een welomschreven kwaliteitskader.

De minister werkt aan de tenuitvoerlegging van het Gendermainstreamingplan. Daarin werden de volgende actiepunten opgenomen, inzonderheid voor de volksgezondheid:

- de uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg;
- de aanwending van concrete gezondheidsdoelstellingen voor de uitwerking van de beleidslijnen;
- de afstemming van het systeem op de maatschappelijke behoeften, evenals de garantie dat aan alle burgers een kwaliteitsvolle, betaalbare en laagdrempelige gezondheidszorg wordt geboden die is afgestemd op de evolutie van de patiëntenbehoeften;
- de implementatie van de Post-2015-Agenda voor Ontwikkeling en de bijsturing van de EU 2020-doelstellingen;
- het onderzoek van de investeringen in verband met de toegang tot geneesmiddelen.

17. Pensioen van statutair personeel in de ziekenhuizen

Met betrekking tot de pensioenlasten van statutair personeel in de ziekenhuizen verduidelijkt de minister

Lors du déroulement du plan “maladies chroniques intégrées”, il a été visé d’associer d’organes d’avis comme le Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CNSPH). Lors de la réforme de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l’exercice des professions des soins de santé, on tient compte du protocole d’accord relatif aux relations entre les professionnels actifs dans le secteur soins personnes handicapées, et les professionnels des soins de santé. Le problème est que la réglementation stricte relative à l’exercice des professions des soins de santé constituait, dans certaines situations, une entrave aux soins, voire à la vie quotidienne du patient. Il s’avère être impossible de faire réaliser à tout moment les prestations de soins de santé par des professionnels de la santé compétents.

Dans la réforme de l’AR 78 il faudra modifier les dispositions pour définir l’exercice illégal de l’art infirmier afin que les personnes issue de l’environnement du patient (l’aidant-proche, l’éducateur, l’accueillant de l’enfant, l’enseignant,...) peuvent dispenser des prestations techniques infirmières dans un cadre de qualité bien définie.

La ministre travaille à la mise en œuvre du plan Gender mainstreaming. Les points d’action suivants ont été intégrés, en particulier pour la santé publique:

- le développement des soins de santé mentale;
- l’utilisation d’objectifs de santé concrets pour l’élaboration des politiques;
- l’adaptation du système aux besoins de la société et la garantie d’offrir à tous les citoyens et toutes les citoyennes des soins de santé de qualité, abordables et accessibles, adaptés à l’évolution des besoins des patients;
- l’implémentation de “l’agenda pour le développement post-2015” et la révision des “objectifs UE 2020”;
- l’examen des investissements liés à l’accès aux médicaments.

17. Pension du personnel statutaire dans les hôpitaux

S’agissant des charges de pension du personnel statutaire dans les hôpitaux, la ministre précise qu’en

dat in uitvoering van het regeerakkoord de schijf “5 % ziekenhuizen” uit de *taxshift* toegewezen wordt aan de publieke instellingen die vroeger waren aangesloten bij de RSZ-PPO en fusieziekenhuizen bestaande uit één of meer instellingen die vroeger waren aangesloten bij RSZ-PPO.

De som werd ondergebracht in het budget financiële middelen voor de ziekenhuizen als bijkomende tussenkomst in de verschuldigde responsabiliseringsbijdragen. Voor de jaren 2016 en 2017 werd in de daartoe gecreëerde budgetlijn een som van 10,5 miljoen euro voorzien. In de jaren 2018 (4,9 miljoen euro), 2019 (3,9 miljoen euro) en 2020 (4,8 miljoen euro) zullen er bijkomende schijven ter beschikking gesteld worden. Gezien de beperkingen in de voorhanden zijnde middelen is er nood aan een grondige hervorming.

18. Verkoop van gegevens

Patiëntengegevens zijn gevoelige gegevens die zo streng mogelijk beschermd moeten worden. Daarom worden de gegevens geanonimiseerd en gecodeerd zodat de gegevens nooit gelinkt kunnen worden aan een bepaalde patiënt. Tegelijkertijd moet de patiënt altijd geïnformeerd worden en toestemming geven over gegevens die verzameld worden en hoe deze kunnen gebruikt worden. Tenslotte moet het ook altijd duidelijk zijn waarvoor gegevens gebruikt worden.

Gegevens van onder meer ziekenhuizen, apothekers en ziekenfondsen kunnen zodoende ter beschikking worden gesteld, tegen een vergoeding of niet, aan derde partijen zoals universiteiten, kenniscentra of andere private spelers. Maar in alle geval zijn steeds dezelfde privacy en veiligheidsvoorschriften van toepassing.

De ziekenhuizen, mutualiteiten en anderen hebben de verantwoordelijkheid over het beheer en delen van hun gegevens met respect van alle wettelijke vereisten. De Privacycommissie houdt hierop toezicht en controle. Daarom ook werd de Privacycommissie hervormd en versterkt.

Alle ministers met een bevoegdheid binnen de volksgezondheid komen 3 tot 4 keer per jaar samen in de interministeriële Conferentie. De samenwerking gebeurt bovendien ook door middel van werkgroepen, zoals preventie en chronisch zieken die wekelijks overleg voeren. Die werkgroepen worden voorgezeten door een lid van het Kabinet van de minister. Ze zullen blijven

exécution de l'accord de gouvernement, la tranche “5 % hôpitaux” du *tax shift* est attribuée aux établissements publics qui étaient précédemment affiliés à l'ONSS-APL et aux hôpitaux fusionnés composés d'un ou plusieurs établissements qui étaient précédemment affiliés à l'ONSS-APL.

La somme est reprise dans le budget des moyens financiers destinés aux hôpitaux au titre d'intervention complémentaire dans les contributions de responsabilisation dues. Pour les années 2016 et 2017, il a été prévu un montant de 10,5 millions d'euros dans la ligne budgétaire créée à cet effet. Pour les années 2018 (4,9 millions d'euros), 2019 (3,9 millions d'euros) et 2020 (4,8 millions d'euros), des tranches supplémentaires seront libérées. Vu les moyens disponibles limités, une réforme approfondie s'impose.

18. Vente de données

Les données relatives aux patients sont des données sensibles qui doivent être protégées de la façon la plus sévère possible. C'est pourquoi les données sont anonymisées et codées de telle sorte qu'elles ne puissent jamais être reliées à un patient déterminé. En même temps, le patient doit toujours être informé et donner son consentement sur les données qui sont collectées et sur la façon de les utiliser. Enfin, l'objectif poursuivi lorsque des données sont utilisées doit également être toujours clairement défini.

Les données des hôpitaux, des pharmaciens et des mutualités, notamment, peuvent ainsi être mises à disposition, contre rémunération ou non, à des tiers comme les universités, les centres de référence ou d'autres acteurs privés. Mais dans tous les cas s'appliquent les mêmes prescriptions de sécurité et de protection de la vie privée.

Les hôpitaux, mutualités, etc. ont la responsabilité de la gestion et du partage de leurs données, dans le respect de toutes les conditions légales. La Commission de la protection de la vie privée est chargée d'assurer la surveillance et le contrôle. C'est également pourquoi la Commission de protection de la vie privée a été réformée et renforcée.

Tous les ministres assumant des compétences dans le secteur de la santé publique se réunissent trois à quatre fois par an dans le cadre de la Conférence interministérielle. La coopération s'opère en outre également à travers des groupes de travail, notamment sur la prévention et les maladies chroniques, qui se concertent hebdomadairement. Ces groupes de travail

samenwerken met het oog op een betere gezondheid van de hele bevolking.

IV. — REPLIEKEN

Mevrouw Catherine Fonck (cdH) is niet helemaal tevreden met de antwoorden van de minister. De minister heeft weliswaar het merendeel van de onderwerpen aangesneden, maar ze heeft geen nauwkeurige antwoorden gegeven op de vragen. Ze heeft enkel herhaald wat al geweten was. De spreekster mist een echt debat en echte uitwisselingen over de argumenten voor en tegen. Ze heeft de indruk dat ze niets heeft bijgeleerd uit de uiteenzetting van de minister, die niets meer heeft gedaan dan de thema's anders te contextualiseren. De spreekster blijft bijgevolg met vele vragen zitten waarop ze precieze antwoorden verwacht. Ze hoopt dat er volgend jaar een echt debat kan worden gevoerd, met een echte inhoudelijke discussie over de gezondheidsthema's.

Mevrouw Yoleen Van Camp (N-VA) dankt de minister voor de uitgebreide antwoorden op nagenoeg alle gestelde vragen. Desalniettemin sluit ze zich aan bij de opmerking van de vorige spreekster. Ook mevrouw Van Camp vindt de manier waarop de bespreking van de beleidsnota gebeurt verre van ideaal.

In verband met de opmerking van de minister over de meerwaarde van diëtisten en psychologen, verwijst de spreekster naar een antwoord op een in 2015 gestelde mondelinge vraag. De minister gaf toen aan zelf aan dat er nooit een wetenschappelijk bewijs was geleverd voor de rendabiliteit van de terugbetaling van consultaties bij die zorgverstrekkers. Vervolgens had de minister het maandenlang over studies die zouden worden uitgevoerd en over een enquête van de mutualiteiten. Nu merkt de spreekster een shift op in haar antwoord. Over de eerdergenoemde studies wordt er niet meer gerept en de terugbetalingen behoren nu tot de bevoegdheid van de deelstaten. Volgens de spreekster toont dit nog eens aan hoe verknipt de structuur van België is. Omwille van de versnippering van bevoegdheden over verschillende beleidsniveaus en verschillende ministers is het onmogelijk om voor de burger een coherent beleid te voeren, wat in dossier na dossier duidelijk wordt.

Een ander dossier waarin de versnippering van bevoegdheden pijnlijk duidelijk wordt, is het dossier van de HPV-vaccins. De spreekster is het niet eens met het standpunt van de minister, namelijk dat het federale niveau geen nadelen zou ondervinden van een gebrekkig preventie- en screeningbeleid op een ander

sont présidés par un membre du cabinet de la ministre. Ils poursuivront leur collaboration en vue d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. De tout le monde.

IV. — RÉPLIQUES

Mme Catherine Fonck (cdH) n'est absolument pas satisfaite des réponses de la ministre. Celle-ci a certes abordé la plupart des sujets, elle n'a apporté aucune réponse précise aux questions en ne faisant que rappeler ce qu'il n'y ait pas de véritable débat et de véritables échanges sur les arguments pour et contre. Elle a l'impression de n'avoir rien appris de plus de l'exposé de la ministre, qui n'a rien fait d'autre que de recontextualiser les thèmes. La membre continue par conséquent à nourrir de nombreuses interrogations pour lesquelles elle escompte des réponses précises. Elle espère qu'un véritable débat pourra être tenu l'an prochain, avec une véritable discussion de fond sur les thèmes liés à la santé.

Mme Yoleen Van Camp (N-VA) remercie la ministre pour ses réponses circonstanciées à pratiquement toutes les questions posées. Elle souscrit néanmoins à la remarque de l'intervenante précédente, jugeant elle aussi que la façon de discuter la note de politique générale est loin d'être idéale.

En ce qui concerne la remarque de la ministre à propos de la plus-value des diététiciens et des psychologues, l'intervenante renvoie à une réponse faite à une question orale posée en 2015. La ministre indiquait alors qu'aucune preuve scientifique n'avait jamais été apportée de la rentabilité du remboursement des consultations chez ces prestataires de soins. Ensuite, pendant des mois, la ministre avait ensuite évoqué des études qui allaient être réalisées ainsi qu'une enquête effectuée par les mutualités. L'intervenante observe un revirement dans la réponse de la ministre. Elle ne pipe plus mot des études précitées et les remboursements relèvent désormais de la compétence des entités fédérées. Selon la membre, c'est là une preuve supplémentaire du caractère morcelé de la structure de la Belgique. En raison de l'éparpillement des compétences entre plusieurs niveaux de pouvoir, il est impossible de mener une politique cohérente pour le citoyen. Cela apparaît clairement dossier après dossier.

Un autre dossier dans lequel le morcellement des compétences apparaît douloureusement est celui des vaccins HPV. L'intervenante ne partage pas le point de vue de la ministre, à savoir que le niveau fédéral ne serait pas préjudicié par une politique de prévention et de screening lacunaire à un autre niveau de pouvoir.

beleidsniveau. Volgens de spreker zou het federale niveau in dit dossier moeten inzetten op een grotere responsabilisering van de regio's, bijvoorbeeld op het vlak van vaccinatie in de scholen. Het probleem zou op zijn minst bij de regio's moeten worden aangekaart.

Wat de problematiek van de thuisverpleegkundigen en het inlezen van het e-id betreft, besprak de minister opnieuw de regel volgens dewelke er in 10 % van de gevallen zou mogen worden afgeweken van het inlezen. Die regel bestond reeds. Over een effectief gedoogbeleid zei de minister echter niets. Wat is er dus precies beslist? Hoe lang zal de overgangsmaatregel gelden? Is de regel gecommuniceerd naar de mutualiteiten? De spreker verneemt namelijk van de thuisverpleegkundigen dat zij in de praktijk niets zien van een gedoogbeleid en ook de mutualiteiten zouden niet op de hoogte zijn van de overgangsregel. Bijgevolg betalen zij ook niet terug als er problemen zijn met de facturatie.

In verband met het nieuwe sociaal akkoord en de IFIC-functies vraagt de spreker zich af of er niet hetzelfde gaat gebeuren als bij het akkoord over de ADV-dagen. Zullen de maatregelen worden voorbehouden aan de hulpverleners die aan het bed van de patiënt staan? De spreker krijgt namelijk signalen van op het terrein dat de maatregelen op vraag van de vakbonden zouden worden uitgebreid naar personeel dat niet aan het bed van de patiënt staat, zoals administratief personeel. Klopt dat?

Wat het Farmaka-dossier betreft heeft de Universiteit Antwerpen laten weten dat de interpretatie van de studie door de minister, namelijk dat slechts 3 % van de huisartsen zou worden bereikt, niet correct is. De juiste conclusie is dat bij de huisartsen die worden bereikt, 3 % verbetering zou kunnen worden bewerkstelligd. De Universiteit Antwerpen vraagt aan de minister om een rechtzetting van de foutieve interpretatie.

Over het HBO5-dossier gaf de minister aan dat de opleidingen nog steeds kunnen leiden tot het beroep van verpleegkundige en dat zij wacht op een Europese toetsing. Wanneer zal die toetsing plaatsvinden? Wanneer zal het duidelijk worden of het HBO5-niveau de toetsing verpleegkunde doorstaat?

Mevrouw Anne Dedry (Ecolo-Groen) wenst haar vraag over de besteding van de *indexmassa* door de vroedvrouwen te verduidelijken. Wat zij eigenlijk wilde zeggen, was dat de vroedvrouwen in dit dossier "braaf" hebben onderhandeld, terwijl de andere beroepsgroepen, zoals de artsen en verpleegkundigen, reeds telematicapremies hadden verworven. Het zou niet mogen dat de telematicapremies voor de vroedvrouwen uit

Selon l'intervenante, le niveau fédéral devrait miser dans ce dossier sur une plus grande responsabilisation des régions, par exemple dans le domaine de la vaccination dans les écoles. Le problème devrait à tout le moins être exposé aux régions.

En ce qui concerne la problématique des infirmiers à domicile et la lecture de l'e-id, la ministre a une nouvelle fois évoqué la règle selon laquelle il pourrait être dérogé à la lecture dans 10 % des cas. Cette règle existait déjà. La ministre n'a cependant rien dit à propos d'une politique de tolérance effective. Qu'a-t-on donc précisément décidé? Combien de temps la mesure transitoire restera-t-elle d'application? Cette règle a-t-elle été communiquée aux mutualités? L'intervenante a en effet appris de la bouche des infirmiers à domicile qu'en pratique, ils n'y aucune trace d'une politique de tolérance et les mutualités ne seraient pas davantage au courant de la règle transitoire. Par conséquent, elles ne remboursent pas lorsqu'il y a des problèmes de facturation.

En ce qui concerne le nouvel accord social et les fonctions IFIC, l'intervenante se demande si l'on ne va pas assister au même scénario que pour l'accord sur les jours RTT. Les mesures seront-elles réservées au personnel qui est au lit du patient? L'intervenante s'est en effet entendu dire par des acteurs de terrain que les mesures seraient étendues, à la demande des syndicats, au personnel qui ne se trouve pas au lit du patient, comme le personnel administratif. Est-ce exact?

En ce qui concerne le dossier Farmaka, l'Université d'Anvers a fait savoir que l'interprétation de l'étude faite par la ministre, à savoir que seuls 3 % des médecins généralistes seraient atteints, n'est pas correcte. La conclusion correcte, c'est que chez les médecins généralistes qui sont atteints, on pourrait réaliser une amélioration de 3 %. L'Université d'Anvers demande à la ministre de rectifier cette interprétation erronée.

En ce qui concerne le dossier HBO5, la ministre a indiqué que les formations peuvent toujours déboucher sur le métier d'infirmière et qu'elle attend un contrôle européen. Quand ce contrôle aura-t-il lieu? Quand saura-t-on clairement si le niveau HBO5 résiste à ce contrôle?

Mme Anne Dedry (Ecolo-Groen) souhaite préciser sa question relative à l'utilisation de la masse d'indexation par les sages-femmes. Ce qu'elle voulait dire, c'est que les sages-femmes ont négocié "gentiment" dans ce dossier, alors que les autres groupes professionnels, comme les médecins et les infirmiers, avaient déjà acquis des primes de télématic. Les primes de télématic ne peuvent provenir de la masse d'indexation

de *indexmassa* komen. De vroedvrouwen hebben er inderdaad zelf voor gekozen, en het siert hen dat ze niet meteen voor de volledige *indexmassa* hebben gekozen, maar toekomstgericht voor een investering in de telematicapremie. Maar die bedragen zouden eigenlijk uit andere middelen moeten komen. Zo is het ook bij de andere beroepsgroepen gegaan.

Wat de gezondheidsdoelstellingen betreft, stelt de spreker vast dat de minister in haar antwoorden zelf gewag maakt van de gezondheidsongelijkheid en van de slechte percentages die België behaalt. Ze hoopt dan ook dat de minister een tandje bij zal steken voor het alcoholplan, het tabaksplan, en in de strijd tegen obesitas.

Mevrouw Dedry denkt dat het voorstel rond palliatieve sedatie beter niet vanuit het Parlement komt, maar dat de minister het beter zelf in handen zou nemen. Uit wat de spreker in de media ziet, leidt zij immers af dat er binnen de meerderheid geen eensgezindheid is over palliatieve sedatie.

De heer Daniel Senesael (PS) is onder de indruk van de inspanning die de minister heeft geleverd bij het beantwoorden van de vele gestelde vragen, maar de minister heeft hem niet kunnen overtuigen.

De spreker is van mening dat de minister zichzelf heeft verloren in onnodige en onnuttige contextualisering. Tegelijkertijd zijn de antwoorden bij momenten vrij oppervlakkig gebleven. De spreker kan zich ook niet volledig vinden in de door de minister voorgestelde toekomstvisie en uit te voeren acties. Hij is ook niet overtuigd over de voorgestelde budgetlijnen, en denkt nog steeds dat vele patiënten de gevolgen ervan zullen voelen.

In het algemeen heeft de spreker het gevoel dat hij op zijn honger blijft zitten: het beleid 2018 presenteert te weinig nieuwe initiatieven, te weinig acties om de toegankelijkheid tot de zorg te verbeteren en lijdt aan een gebrek aan ambitie.

De heer Damien Thiéry (MR) looft de inspanning van de minister: de enorme hoeveelheid gestelde vragen zijn allemaal besproken. Het is ook evident dat zij niet op elke vraag dieper kan ingaan.

De spreker deelt de mening van mevrouw Van Camp met betrekking tot vaccinatie helemaal niet. Hij wenst te beklemtonen dat zij in deze niet voor de meerderheid spreekt.

pour les sages-femmes. C'est en effet ce qu'elles ont choisi elles-mêmes, et il est tout à leur honneur qu'elles n'aient pas opté directement pour l'ensemble de la masse d'indexation, mais, à titre prospectif, pour un investissement dans la prime de télématic. Mais ces montants devraient en fait provenir d'autres ressources. C'est ce qui s'est passé pour les autres groupes professionnels.

En ce qui concerne les objectifs en matière de soins de santé, l'intervenante constate que la ministre mentionne elle-même, dans ses réponses, les inégalités en matière de santé et les mauvais pourcentages obtenus par la Belgique. Elle espère dès lors que la ministre intensifiera ses efforts en ce qui concerne le plan alcool, le plan tabac et la lutte contre l'obésité.

Mme Dedry pense qu'il est préférable que la proposition relative à la sédation palliative ne vienne pas du Parlement, mais que la ministre prenne elle-même les choses en mains. L'intervenante infère en effet de ce qu'elle voit dans les médias que la sédation palliative ne fait pas l'unanimité au sein de la majorité.

M. Daniel Senesael (PS) est impressionné par les efforts fournis par la ministre pour répondre aux nombreuses questions posées; toutefois, elle n'a pas réussi à le convaincre.

L'intervenant estime que la ministre s'est égarée dans une contextualisation aussi vaine qu'inutile. Dans le même temps, ses réponses sont restées relativement superficielles par moments. L'intervenant ne peut pas non plus se retrouver totalement dans la vision d'avenir et les actions futures présentées par la ministre. Les lignes budgétaires proposées ne l'ont pas davantage convaincu et il reste persuadé que de nombreux patients en subiront les effets.

D'une manière générale, il a le sentiment de rester sur sa faim: la politique de 2018 présente trop peu d'initiatives nouvelles, trop peu de mesures pour améliorer l'accès aux soins et elle souffre d'un manque d'ambition.

M. Damien Thiéry (MR) loue les efforts consentis par la ministre: celle-ci a répondu à la masse des questions posées. Il est également évident qu'elle ne peut pas approfondir chacune d'elles.

L'intervenant ne partage pas du tout l'avis de Mme Van Camp à propos de la vaccination. Il tient à souligner que cette dernière ne s'exprime pas au nom de la majorité.

De heer Thiéry kan zich enigszins aansluiten bij de wens van mevrouw Fonck om een echt debat te voeren. Hij herinnert er echter aan dat deelnemers aan een echt debat ook meningsverschillen moet kunnen accepteren en moeten durven om zelf van mening te veranderen, in plaats van steeds bij hun eigen standpunt te blijven. Dat is een voorwaarde om van een echte gedachtewisseling te kunnen spreken.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft mee dat de regelgeving in verband met de HBO5-opleidingen sinds 2016 bestaat. De duur van de opleiding is drie jaar, dus kunnen de opleidingen in principe ten vroegste na afloop van die drie jaar starten met de controle.

Het gedoogbeleid voor de thuisverpleegkundigen houdt in dat wanneer er omwille van informaticaproblemen geen facturatie kan gebeuren, de inkomsten niet verloren gaan. Er wordt de mogelijkheid geboden om, nadat het softwareprobleem is verholpen, dezelfde facturatiegegevens opnieuw in te geven en alsnog een terugbetaling te krijgen. Er zijn slechts drie softwarepakketten die problemen veroorzaakten. Bij minstens één van die pakketten zijn de problemen nu al verholpen.

Het sociaal akkoord is een kaderakkoord. De werkgroepen die nog nodig zijn, onder andere om te spreken over eindeloopbaan, moeten nog worden ingevuld. Dat zal in de loop van de volgende weken en maanden gebeuren.

Wat de *indexmassa* voor vroedvrouwen betreft, geeft de minister aan dat de vroedvrouwen nog via de overeenkomstencommissie moeten onderhandelen met de verzekeringsinstellingen. De FOD Volksgezondheid is daar niet bij betrokken. De minister denkt dat het wel een goede zaak zou kunnen zijn als de vroedvrouwen ook een zitje in het Verzekeringscomité zouden hebben.

In verband met palliatieve sedatie wijst de minister erop dat de regering bij de onderhandeling van het regeerakkoord is overeengekomen om niet binnen de regering over ethische onderwerpen te beslissen, maar die taak over te laten aan het Parlement. De minister wenst zich loyaal op te stellen. Ze denkt wel dat er in het Parlement een interessant debat over palliatieve sedatie zal kunnen worden gevoerd.

Ten slotte wenst de minister nog te reageren op de opmerking over het vermeende gebrek aan ambitie in de beleidsplannen. Zij is van mening dat er in de huidige legislatuur een aantal baanbrekende vooruitgangen zijn gerealiseerd. Bij haar aantreden erfde de minister maar liefst 8 plannen, waarvoor geen enkel budget was

M. Thiéry peut se rallier au souhait exprimé par Mme Fonck de mener un vrai débat. Il rappelle toutefois que pour ce faire, il faut que les participants acceptent les divergences de vues et osent revoir leur point de vue au lieu de camper sur leurs positions. C'est une des conditions pour que l'on puisse parler d'un véritable échange de vues.

La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique indique que la réglementation relative aux formations HBO5 existe depuis 2016. La durée de la formation est de trois ans. Ainsi, la vérification concernant ces formations ne pourra démarrer en principe au plus tôt qu'à l'issue de ces trois ans.

La politique de tolérance vis-à-vis des infirmiers à domicile implique que lorsque des problèmes informatiques empêchent la facturation, les recettes ne sont pas perdues. Nous leur donnons la possibilité, une fois le problème de logiciel résolu, de réencoder les données de facturation et d'obtenir encore un remboursement. Seuls trois logiciels posent problème. Pour l'un d'entre eux au moins, les problèmes sont aujourd'hui déjà résolus.

L'accord social et un accord-cadre. Les groupes de travail qui sont encore nécessaires, notamment pour aborder la fin de carrière, doivent encore être concrétisés. Cela se fera dans les semaines et mois à venir.

En ce qui concerne la masse d'indexation pour les sages-femmes, la ministre indique que ces dernières doivent encore négocier avec les organismes assureurs par le biais de la commission de conventions. Le SPF Santé publique n'est pas associé à cet égard. Pour la ministre, il serait toutefois positif que les sages-femmes puissent également siéger dans le comité de l'assurance.

En ce qui concerne la sédation palliative, la ministre fait observer que, lors de la négociation de l'accord de gouvernement, il avait été convenu que les thématiques éthiques ne seraient pas abordées par le gouvernement, mais que cette tâche serait laissée au Parlement. La ministre entend faire preuve de loyauté. Elle pense toutefois qu'un débat intéressant sur la sédation palliative pourra être mené au Parlement.

Enfin, la ministre souhaite encore réagir aux remarques sur le prétendu manque d'ambition de ses projets politiques. Elle estime que l'actuelle législature a été marquée par toute une série d'avancées novatrices. Lors de son entrée en fonction, la ministre avait hérité de huit projets pour lesquels aucun budget n'avait été

voorzien. De minister geeft de voorkeur aan een andere werkwijze: wanneer zij een plan aankondigt, voorziet zij ook meteen een financiering en is het overleg met de administratie reeds gepleegd. Zij kiest ervoor om geen verwachtingen bij de patiënt te creëren die ze nooit zal kunnen inlossen.

V. — STEMMING

Met 9 tegen 2 stemmen en 1 onthouding brengt de commissie een positief advies uit over sectie 25 – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (*partim*: Volksgezondheid), van het wetsontwerp houdende Algemene Uitgavenbegroting voor het begrotingsjaar 2018, alsmede over de erop betrekking hebbende verantwoording en beleidsnota.

De rapporteur,

Yoleen VAN CAMP

De voorzitter,

Muriel GERKENS

inscrit. La ministre a procédé différemment: lorsqu'elle annonce un projet, elle prévoit également son financement et la concertation avec l'administration a déjà été menée. Elle préfère ne pas créer d'attentes dans le chef du patient, qu'elle ne pourra jamais honorer.

V. — VOTE

La commission émet, par 9 voix contre 2 et une abstention, un avis positif sur la section 25 – SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (*partim*: Santé publique), du projet de loi contenant le budget général des dépenses pour l'année budgétaire 2018, ainsi que la justification et la note de politique y afférentes.

La rapporteuse,

Yoleen VAN CAMP

La présidente,

Muriel GERKENS