Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 7 MARS 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 7 MAART 2023

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door mevrouw Nawal Farih.
La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 24 et présidée par Mme Nawal Farih.

De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.
Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

De **voorzitster**: De minister heeft laten weten dat hij tot 18.00 uur kan blijven.

01 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verhoging van de tarieven van niet-geconventioneerde psychologen" (55033380C)
01 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des tarifs des psychologues non conventionnés" (55033380C)

01.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de covidcrisis heeft de vraag naar psychologische zorg aanzienlijk doen toenemen. Ik heb u daar meermaals op gewezen in onze commissie en gevraagd om een duurzame uitbouw van de geestelijke gezondheidszorg. Voor verschillende doelgroepen, waaronder jongeren en ouderen, die dringend nood hebben aan psychologische zorg, zijn de drempels nog te hoog. U kondigde aan dat de drempels verlaagd zouden worden. De symbolische prijs van 11 euro is er wel met een beperkte terugbetaling, maar het aantal psychologen dat zich bij de conventie aansluit, loopt achterop.

Jongeren trekken nu aan de alarmbel, want sommige niet-geconventioneerde psychologen verhogen hun tarieven. Indien we ervan uitgaan dat zo'n sessie 70 euro kost, dan bedraagt de totale som voor een wekelijks bezoek op het einde van de maand 280 euro. Dat zijn voor jongeren aanzienlijke kosten. De drempel is vrij hoog en jongeren geven aan dat ze daardoor minder een beroep op een psycholoog zouden doen.

Hoeveel psychologen hebben intussen ingetekend op de conventie? Hoe wilt u het toetreden faciliteren? Hoe wilt u de wachtlijsten voor geconventioneerde psychologen aanpakken? Hoe verloopt de uitrol van de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg tegenwoordig?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, u kaart inderdaad een heel belangrijk onderwerp aan. Wij investeren vandaag enorm in het aanbod geestelijke gezondheidszorg voor iedereen, met prioriteit voor kinderen en jongeren. Wij willen inderdaad een heel goed bereikbaar en betaalbaar aanbod van psychologische ondersteuning voor wie daar nood aan heeft. Daarvoor vragen wij aan klinisch pedagogen, klinisch orthopedagogen en zorgverleners om zich aan te sluiten bij de conventie. De recentste cijfers daarover dateren van januari 2023. Op dat ogenblik waren er 3.276 overeenkomsten gesloten tussen klinisch psychologen en orthopedagogen enerzijds en onze netwerken geestelijke gezondheidszorg anderzijds. Met die 3.276 overeenkomsten tussen de zorgverleners en de netwerken geestelijke gezondheidszorg was er in totaal per week 31.817 uur beschikbaar voor personen die hulp zoeken. In sommige regio's is de maximale bezettingsgraad van geconventioneerde hulpverleners al bereikt of zit men zelfs al boven het beschikbaar contingent, terwijl

in andere regio's, vaak meer landelijke gebieden, de beschikbaarheid alsook de invulling in de praktijk minder vlot loopt. Er is ook wel een duidelijk verschil tussen de netwerken voor kinderen en jongeren en de netwerken voor volwassenen.

Ik ben het helemaal met u eens dat het belangrijk is om het voor klinisch psychologen zo gemakkelijk en zo aantrekkelijk mogelijk te maken om toe te treden tot het systeem, opdat we een groter aanbod kunnen realiseren voor kinderen, jongeren en ouderen. Daarom heeft het RIZIV beslist om de conventie aan te passen en het minimumaantal uur om te kunnen toetreden tot de conventie, vast te leggen op slechts vier uur per week, tegenover de vroegere acht uur per week. Dat maakt toetreding mogelijk voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen die vanwege een hoofdactiviteit in een voorziening over een heel beperkt aantal uren beschikken, minder dan acht, en die uren toch graag ter beschikking stellen van de conventie.

Daarnaast vragen de netwerken ook aan klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen die zich aanmelden voor een regio waar er al voldoende aanbod is van zorgverleners, of ze ook actief willen zijn in andere regio's waar er minder klinisch psychologen of klinisch orthopedagogen beschikbaar zijn. Ik kijk ook uit naar voorzieningen en diensten waar veel klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in dienst zijn, maar die niet altijd tot mijn federale bevoegdheid behoren. Hier denk ik aan de jeugdzorgsector of het Vlaams Agentschap voor personen met een handicap (VAPH), waarvoor de Vlaamse regering bevoegd is. Aangezien dat heel belangrijke vindplaatsen zijn waar men kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen ontmoet, wil ik nog beter samenwerken met mevrouw Crevits in Vlaanderen, die verantwoordelijk is voor de jeugdzorg en het VAPH, en met de andere collega's in de andere regio's.

Om het contingent aan verstrekkers en het bereik van de doelgroepen kinderen, jongeren en senioren te verhogen, ben ik in overleg met de deelstaten, onder meer met de bedoeling een gezamenlijke communicatie te richten naar de voorzieningen. De doelstelling hierbij is natuurlijk het mentaal welzijn van de doelgroepen die in die organisaties of die op de vindplaatsen worden aangetroffen, te versterken en meer concreet ook om het personeel van die organisaties de mogelijkheid te bieden om voor de uren waarvoor ze niet gefinancierd zijn door de deelstaten, zichzelf voor minstens vier uur per week te conventioneren en opdrachten in het kader van onze RIZIV-conventie uit te voeren. Dat zit in de planning en ik heb hierover afspraken gemaakt met mevrouw Crevits. Aanvullend werden ook flyers breed verspreid in de netwerken. De mensen vinden volgens mij alsmaar beter de weg naar het aanbod. Ik zie ook dat de vraag naar extra uren geconventioneerde klinisch psychologen en orthopedagogen in een aantal regio's stijgt. Op zich is dat een goede dynamiek.

Wat de wachttermijnen betreft, stellen wij in de conventie psychologische zorg in de eerste lijn een maximale wachttijd vast van een maand nadat de cliënt of een naaste een hulpvraag heeft gesteld.

Eigenlijk kan slechts in uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld in regio's met een voorlopig beperkt aanbod of voor een specifieke doelgroep, de wachttijd bij een specifieke geconventioneerde verstrekker hoger oplopen dan de maximale termijn van één maand. De netwerken nemen zelf initiatieven, brengen de wachttijden in kaart en zoeken lokaal naar oplossingen. In het uitgebreide vormingsplan, dat dit najaar uitgerold zal worden, wordt er ook voldoende aandacht besteed aan tools waarmee de verstrekkers de toeleiding en de triage naar de eerstelijns psychologische zorg kunnen optimaliseren.

Ik zie maandelijks nog altijd een toename in zowel de beschikbaarheid als het effectieve gebruik van de psychologische zorg in de eerste lijn. Zoals ik net zei, bereiken sommige netwerken voor volwassenen zo al hun maximale capaciteit. Omdat er relatief minder klinisch psychologen en orthopedagogen zijn met een expertise voor kinderen en jongeren en omdat die activiteit beperkt is tot na de schooluren, is essentieel om *outreachend*, vindplaatsgericht samen te werken met andere voorzieningen zoals diegene die ik al opgesomd heb, en de CLB's, de OverKop-huizen, de Huizen van het Kind en de Jongerenadviescentra, om die doelgroep nog beter te bereiken. Ik heb overigens onlangs heel mooie praktijken bezocht. Wat er nu gebeurt, is heel innovatief, maar het vraagt tijd om dat op het terrein uit te rollen. Ik denk dat we in de goede richting aan het werken zijn: er is nog werk aan de winkel en we moeten met volle overtuiging op dat spoor verdergaan.

01.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, eigenlijk hebt u nu dus een conventie 3.0 afgesloten; u hebt de conventie namelijk opnieuw aangepast.

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Er gebeuren voortdurend aanpassingen. We hebben er al veel aangebracht, al meer dan drie.

01.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat betekent wel dat de initiële conventie, waarover u in de zomer grote aankondigingen deed, niet voldeed. U moet telkens weer bijsturen. Het was misschien beter geweest meteen te spreken met de klinisch psychologen en orthopedagogen.

Het is goed dat u samenwerking betracht met de Vlaamse overheid, maar ik betreur dat u steken op het eigen terrein laat vallen. U zegt *outreachend* te werken ten opzichte van de vindplaatsen, maar hoeveel aangesloten apotheken en huisartspraktijken hebt u al bereid gevonden zodat geconventioneerde psychologen er *outreachend* kunnen werken? Het is gemakkelijk om te zeggen dat u samenwerkt met de Vlaamse regering als zij dan blijkbaar voor de oplossing moet zorgen. Misschien kunt u actief bekijken wat u zelf binnen uw bevoegdheden kunt ondernemen. De praktijken zijn absoluut onderbemand met geconventioneerde psychologen.

Ik denk dat op het moment nog geen enkele apotheek die zich wel al heeft opgegeven, als vindplaats heeft kunnen functioneren. Nochtans gaat het hier om zeer laagdrempelige zorgbeoefenaars. Het Vlaams Apothekers Netwerk heeft trouwens een actie voorgesteld, CAVAsa, waardoor de apotheker een rol kan spelen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg, signalen kan capteren en in de eigen praktijk eventueel een geconventioneerde psycholoog ter beschikking kan stellen.

U hebt het over een maximale wachttijd van een maand. In sommige regio's is het aanbod er zelfs niet. Ik durf dat te betwijfelen wanneer het gaat om complexe, psychologische zorg. We hebben het over anorexiapatiënten, over verslavingsproblematiek, over andere complexe psychologische aandoeningen. U bent er echt nog niet. Ik zal niet ontkennen dat er al inspanningen zijn geleverd, maar er is nog gigantisch veel werk, zeker voor de jongeren. Er kan zeker nog een tandje bijgestoken worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

02 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs van antigeentesten" (55033608C)
02 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le prix d'achat des tests antigéniques" (55033608C)

02.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt op 24 januari geantwoord hoeveel antigeentesten door de federale overheid besteld en betaald werden. Dat waren er volgens u 400.000. Daarnaast werden 900.000 testen verkregen via donatie van Europa, waarvan er 800.000 geleverd werden en 100.000 vervallen zijn. Ik had daar graag een beetje meer uitleg bij. Wat was de kostprijs van die 400.000 testen die u bestelde? Over welke testen ging het? Welk merk?

Die 900.000 testen zou u gekregen hebben, zegt u. Over welke testen ging het dan? Werden zij echt verkregen via een donatie van de firma? Of via een *joint procurement*? Indien het om een *joint procurement* ging, moesten zij wel betaald worden. Wie heeft ze betaald? Uiteindelijk worden die kosten toch aangerekend aan de Belgische belastingbetaler? Wat was de eenheidsprijs voor de verschillende types testen? En wat was de totale prijs die betaald werd door de Belgische overheid?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** De 400.000 testen waren testen van Abbott, Biosynex, Siemens en SureScreen. Zij zijn gekocht voor de totale prijs van bijna 2.175.000 euro, exclusief btw. De 900.000 testen waren testen van Abbott en Roche. Zij werden gedoneerd door de Europese Commissie en hebben de Belgische belastingbetaler dus niets gekost. De middelen kwamen uit de Europese begroting.

U kunt in een volgende stap in uw redenering natuurlijk zeggen: wat kost de Europese begroting aan België? Daarvoor moet u kijken naar het saldo van wat wij betalen en ontvangen. Eigenlijk ging het echter om een rechtstreekse donatie, die ons rechtstreeks dus niets gekost heeft.

U vroeg naar de eenheidsprijs. Die kan ik u niet meedelen, want die valt onder het zakengeheim van de betrokken onderneming in de zin van artikel 1.17/1 van het Wetboek van economisch recht.

02.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u noemde een bedrag van 2.175.000 euro, exclusief btw. Ik denk dat er op dat moment geen btw op betaald werd. Het verwondert me wel dat Abbott en Roche testen hebben gedoneerd aan de Europese Commissie.

02.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Nee, wij hebben gedoneerde testen gekregen van de Europese Commissie, waarvan 900.000 testen van Abbott en Roche.

02.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De Europese Commissie heeft die dus betaald?

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke:** Daar ga ik wel van uit, ja.

02.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Daar bent u dus niet zeker van?

02.08 Minister **Frank Vandenbroucke:** Maar mevrouw, u moet dat vragen aan de Europese commissaris, maar ik ga daar wel van uit. Wij hebben die testen van de Europese Commissie gekregen. De middelen kwamen uit de Europese begroting. Als men mij dit zo meedeelt, dan ga ik ervan uit dat de Europese Commissie die betaald heeft.

02.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is wel interessant om dat eens te onderzoeken, want ik herinner me de discussie in april 2021 over de twee antigeentesten die door het FAGG waren goedgekeurd. U herinnert zich dat waarschijnlijk nog wel. De richtlijn werd eind maart gepubliceerd en op 1 april werd de wet in de plenaire vergadering aangenomen. De daaropvolgende dag werden er twee antigeentesten goedgekeurd, toevallig die van Roche en Abbott. Dat lijkt wel erg toevallig en dat zou onderzocht moeten worden, zeker omdat in de acht daaropvolgende weken geen enkele andere antigeentest werd goedgekeurd door het FAGG.

Ik herinner me nog goed dat ik in de plenaire vergadering zei dat die situatie de indruk wekte dat er sprake was van voorkennis, aangezien net de twee antigeentesten van de grote firma's werden goedgekeurd. Ik zal dat zeker verder onderzoeken, mijnheer de minister.

02.10 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik heb u alle uitleg hierover vroeger al gegeven. U hebt dit al meermaals geïnsinueerd, maar u mag dat natuurlijk blijven herhalen.

02.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ja, want die 900.000 testen kosten in totaal meer dan 4 miljoen euro. Dat is toch wel een bijzondere vaststelling. Zoals u zich wel herinnert, heb ik u meermaals gezegd dat de kleinere kmo's die op dat moment zelf antigeentesten op de markt wilden brengen, hun stock niet kwijtraakten omdat ze die niet konden verkopen, niet aan de artsen, niet aan de apothekers, niet aan de overheid of aan om het even welke organisatie. Net op dat moment keurde uw instelling twee types testen goed, die dan ook nog eens via Europa worden gedoneerd. Dat is allemaal wel erg toevallig.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van rescEU en de transitie tussen de logistieke partners i.v.m. de covidpandemie" (55033610C)
03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de rescEU et la transition entre partenaires logistiques concernant la pandémie de covid" (55033610C)

03.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ook op dit dossier komen wij al een tijdje telkens terug. In augustus 2022 werd voor de FOD Volksgezondheid een consultant aangeduid via Movianto om volgens u het rescEU-project te ondersteunen. Wij hebben het daar al verschillende keren over gehad, ook in de plenaire vergadering. De vacature werd ook deel van het geschil dat u had met de vorige logistieke partner, Medista, toen u de samenwerking stopzette en een andere partner, Movianto, aanduidde. Ik heb hierover toch nog enkele vragen.

Hoeveel donaties zijn er via rescEU sinds september 2022 naar Oekraïne verstuurd?

Hoeveel donaties zijn er via rescEU sinds september 2022 naar andere landen uitgevoerd? Naar welke landen gingen zij?

Hebt u weet van correspondentie, elektronisch of via een andere drager, over klachten en/of opmerkingen rond de aanstelling van de consultant?

Heeft de consultant toegang tot bedrijfsinformatie van de vorige logistieke partner? Had u of uw dienst hierover correspondentie met de vorige partner?

Hebt u maatregelen genomen om de deontologische code die hoort bij die functie te doen respecteren? Welke communicatie werd er hieromtrent naar de oude en de nieuwe distributeur uitgestuurd?

Zijn er facturen van de transitie van de oude naar de nieuwe logistieke partner? Worden die facturen betaald of betwist?

Hebt u weet van klachten of voorbehoud bij de transitie?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, sinds september 2022 tot midden februari 2023 zijn er zes rescEU-donaties gebeurd aan Oekraïne, via Polen en Slovakije. Andere donaties lopen nog.

De zes donaties bestemd voor Oekraïne worden eerst geleverd in een hub in Polen en Slovakije. De goederen worden vervolgens via andere kanalen naar Oekraïne uitgevoerd. Het proces van bijkomende donaties is al in september 2022 begonnen, maar is nog niet volledig afgerond. Er waren geen donaties voor andere landen in het kader van dit project.

De vorige logistieke firma heeft al schriftelijk aangegeven dat ze hierover bezwaren heeft en heeft hierop ook een antwoord gekregen.

De consultant heeft geen toegang tot bedrijfsinformatie van de vorige logistieke firma, die hierover al schriftelijk zijn bezorgdheid heeft geuit en daaromtrent ook een antwoord heeft ontvangen.

Ik heb er geen weet van dat de persoon die de functie invult waaraan u refereert deontologisch niet correct gehandeld zou hebben. Volgens mijn informatie is de werkethiek van de consultant onberispelijk en zijn zowel Movianto als mijn administratie tevreden over het geleverde werk.

Wat uw zesde vraag betreft, heeft de vorige logistieke firma al facturen gestuurd naar de FOD Volksgezondheid. Verschillende van die facturen worden om verscheidene redenen gecontesteerd, maar de FOD Volksgezondheid is in dialoog met Medista voor bijkomende verantwoording. De bijkomende facturen zijn in behandeling en zullen na validatie betaald worden.

Ik kom tot uw zevende vraag. Mijn diensten hebben mij geïnformeerd over een aantal moeilijkheden

die zich voordeden tijdens de transitie, maar volgens mijn laatste informatie is er maximaal ingezet op dialoog om de discussiepunten operationeel op te lossen en resteren op dit moment slechts de laatste transporten, die naar verwachting in de komende dagen en weken zullen plaatsvinden.

03.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, zes donaties? Die mevrouw voert een fulltime job uit voor het rescEU-project, meen ik? Dat is dan toch veel tijd per donatie.

U herhaalt dat die persoon geen toegang heeft tot bedrijfsgevoelige informatie. Ik weet pertinent zeker dat dit wel het geval is, en dat de informatie die deel uitmaakt van betwistingen ook doorgestuurd wordt van de ene overheidsinstelling naar de andere.

U zit hier met een zwaar probleem. Daar ben ik echt van overtuigd.

U zei dat er een aantal moeilijkheden waren bij de transitie van de oude distributeur naar de nieuwe distributeur. Als de oude distributeur een klacht formuleert ten opzichte van de nieuwe, of omgekeerd, en de persoon die de FOD Volksgezondheid aanstelt voor het rescEU-project, dat zogezegd niets te maken heeft met de vaccindistributie, mails van de ene firma doorstuurt naar uw overheidsdiensten, en omgekeerd, dan hebt u deontologisch een zwaar probleem.

Daar mag u omheen draaien zoveel u wilt, dat is geen correcte manier van werken, mijnheer de minister. Dat weet u maar al te goed.

Tot slot, van de facturen die betwist worden, haalt u geen cijfers aan, maar ik neem aan dat die vraag later nog gesteld zal worden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De klachten over de distributie van covidvaccins" (55033611C)
04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les plaintes concernant la distribution des vaccins anticovid" (55033611C)

04.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, hier zijn we weer met vragen over de distributie van vaccins.

Vaccinet berichtte dat er problemen waren met de verdeling van de vaccins. Movianto zou als partner extra diensten leveren om dat te ondervangen. In de commissie verklaarde u dat er geen problemen waren met de distributie van de vaccins, terwijl mijn apotheek op dat eigenste moment zat te wachten op covidvaccins. We hebben meer dan een week gewacht en al onze patiëntenafspraken verplaatst.

Hebt u weet van klachten, opmerkingen en bezorgdheden die werden geuit over de samenwerking met Movianto, ook door de deelstaten? In hoeverre loopt de samenwerking, en dus het contract, verder in het kader van de vaccinatie zoals die nu verloopt, dus via de eerstelijnszorg? Werd in het contract met Movianto een clausule opgenomen die in de stopzetting van de samenwerking voorziet wanneer een deelstaat dat zou willen doen? Indien ja, onder welke modaliteiten en randvoorwaarden kan dat gebeuren? Over welke mogelijkheden beschikken de deelnemende actoren om, indien zij dat zouden willen, uit de samenwerking te stappen? Is er rekening gehouden met alle wettelijke specificaties? U hebt als federale overheid dat contract gesloten. Wat als de bevoegdheid zou worden overgeheveld?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ik dank u om voor de zoveelste keer dezelfde vraag te stellen.

Ten eerste werd ik op de hoogte gebracht van enkele bezorgdheden van de deelstaten, maar heeft mijn administratie mij laten weten dat de situatie is geregulariseerd, zodat de leveringen door de deelstaten worden uitgevoerd zoals verwacht.

Ten tweede vraag, verloopt de uitvoering van het contract verder normaal. IT- en operationele

verbeteringen garanderen leveringen via de eerstelijnszorg.

Wat uw derde vraag betreft, is er een opzeggings- en ontbindingsclausule opgenomen in het contract. Die is terug te vinden in het bestek 2022_STRSTK, Annex 1. De FOD Volksgezondheid kan te allen tijde het contract geheel of gedeeltelijk opzeggen, met inachtneming van een opzegtermijn van zes maanden. De FOD kan het contract ontbinden zonder gerechtelijke tussenkomst in verschillende situaties, bijvoorbeeld wanneer verplichtingen niet worden nageleefd of in het geval van fraude. Iedere partij kan zonder gerechtelijke tussenkomst het contract ontbinden in verschillende situaties, bijvoorbeeld een faillissement of overmacht. In het geval van een opzegging of ontbinding wordt de exitprocedure opgestart, zoals omschreven in het bestek 2022_STRSTK, Annex 1. Ik stel voor om de exacte clausule aan het secretariaat te bezorgen. Dat allemaal voorlezen zou immers tijdverlies betekenen voor alle andere leden van deze commissie.

04.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U hebt mijn vragen wel al vaker als tijdverlies beoordeeld, maar toch blijkt dat achteraf meestal niet het geval te zijn. Ik zal u vertellen waarom ik die vragen nu heel expliciet gesteld heb. De federale overheid heeft een heraanbesteding uitgevoerd voor de vaccindistributie op het moment dat u nog degene was die de leiding daarin nam. De federale pandemische fase was echter al voorbij. Als u op dit moment of in een later stadium zou beslissen dat u die bevoegdheid overhevelt naar de deelstaten, dan zit de deelstaat wel vast aan dat contract dat u hebt afgesloten met Movianto. Niet de Vlaamse regering, maar een andere deelstaat is toch echt wel van plan om via de groothandelaars-verdelers te werken. In hoeverre zijn zij dan wettelijk ingedekt? Zullen zij niet degenen zijn die een exitprocedure of een exitclausule moeten betalen?

Ik stel die vraag nu ook om een andere reden. Op het moment dat u de aanbesteding hebt uitgevoerd, was de federale pandemische fase eigenlijk al voorbij. Bent u wel zeker dat u daar de bepaling rond het vierde middel niet hebt overtreden? Daar moet toch over nagedacht worden. In de hele discussie die wij samen al hebben gevoerd rond de vaccindistributie bent u er telkens van uitgegaan dat de leiding die de federale overheid heeft genomen toch nog wel een tijd zou doorlopen. Ik neem aan dat u zich wilt ontdoen van al die moeilijkheden rond de distributie, maar de federale overheid moet wel zo koosjer zijn om wat overgeheveld is, wettelijk af te dekken, om te zorgen dat dat wettelijk correct verloopt. U dient hier een onderzoek naar te voeren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De noodzakelijke continuïteit van het voorzitterschap van de FOD Volksgezondheid" (55033612C)
05 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nécessaire continuité au niveau de la présidence du SPF Santé publique" (55033612C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De FOD Volksgezondheid kreeg vorig jaar, na een lange periode van niet-beschikbaarheid van de heer Auwers, de zoveelste interim-voorzitter. De heer Ramaekers werd aangeduid om het leiderschap op te nemen en de aanstelling zou lopen tot 30 januari 2023. Het is belangrijk dat de continuïteit van het voorzitterschap wordt gegarandeerd, dat hebben we vastgesteld tijdens de coronacrisis, toen het een enigszins stuurloos schip bleek.

30 januari 2023 is inmiddels voorbij. Is er op dit moment een procedure lopende om een voorzitter aan te duiden na het aflopen van het mandaat van de heer Ramaekers?

Hoe verloopt die procedure? Werden er examens afgelegd?

Hoeveel kandidaten zijn er voor die positie?

Is de heer Ramaekers kandidaat om zichzelf op te volgen?

Wanneer zal de nieuwe voorzitter van de FOD Volksgezondheid deze functie aanvatten?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Eind december heb ik de aanvraag om de selectieprocedure op te starten ingediend bij de minister van Ambtenarenzaken. Intussen wordt de functiebeschrijving gescreend en loopt het wegingsproces bij de FOD BOSA. De selectieprocedure is nog niet gepubliceerd. De selectie zal verlopen volgens de officiële procedure bij de FOD BOSA en Selor. Vermits de procedure nog in de opstartfase zit, werd het mandaat van de heer Ramaekers verlengd voor zes maanden, via ministerieel besluit na eensluidend advies van de ministerraad van 27 januari 2023, volgend uit artikel 20, § 3 van het KB van 29 oktober 2001 betreffende de aanduiding en uitoefening van de managementfuncties in de federale overheidsdiensten en de programmatorische federale overheidsdiensten.

Ik kan u helaas niet meedelen wanneer de nieuwe voorzitter zijn functie zal opnemen, vermits dit momenteel moeilijk in te schatten is, want deels afhankelijk van de timing van de FOD BOSA en Selor.

05.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, hoe komt het dat u zelfs voor de selectieprocedure te laat bent? U wist toch al lang dat het mandaat van de heer Ramaekers slechts tot 30 januari 2023 liep? We zijn inmiddels maart en de selectieprocedure is vooralsnog niet gepubliceerd. Dat is volgens mij nalatigheid, vooral omdat we weten dat de FOD Volksgezondheid uit een heel moeilijke periode komt. Er zou op zijn minst een continuïteit van voorzitterschap moeten zijn, met een vaste voorzitter in plaats van een interim-voorzitter. Het zou ook wenselijk zijn dat de procedures en processen die binnen de FOD lopen eindelijk eens doorgelicht worden. Volgens mij is hier sprake van enige nalatigheid.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

06 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een crisiscel" (55033613C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een nieuw directoraat-generaal en van een interfederale crisiscel" (55034205C)
06 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'une cellule de crise" (55033613C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'une nouvelle direction générale et d'une cellule de crise interfédérale" (55034205C)

06.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in de gemeenschappelijke commissie voor Binnenlandse Zaken en Gezondheid werd er gesproken over de oprichting van een crisiscel. Die zou in staat moeten zijn om snel in te grijpen wanneer er zich uitzonderlijke omstandigheden voordoen. De werking en samenstelling van die crisiscel en de respectievelijke profielen zijn dan ook de onderwerpen van mijn vragen.

Hoe ziet het organigram van die op te richten cel eruit?

Welke profielen wenst u te selecteren voor die crisiscel?

Is de selectieprocedure voor die profielen gestart? Hoe ziet de procedure eruit?

Welke mandaten zullen de leden van de crisiscel hebben?

Welk vergoedingspakket wordt aan die mandaten gekoppeld?

Wanneer wenst u dat die crisiscel in werking treedt?

Ik kom nu tot mijn tweede vraag.

In de gemeenschappelijke commissie voor Binnenlandse Zaken en Gezondheid is duidelijk aangegeven dat er een visietekst was opgesteld voor de op te richten crisiscel. Ik zou die visietekst graag lezen.

Welke bevoegdheden moet die crisiscel krijgen? Hoe wordt dat in de visietekst geformuleerd?

Wie stelde de visietekst op?

Bij welk budget werd de opstelling van die tekst in de begroting ingeschreven? Wie voerde die opdracht uit? Gingen de middelen voor de opstart naar de FOD Volksgezondheid of naar een consultancybureau?

Kunnen we het Pandemic Preparedness Plan inkijken? Is het afgerond? Hoe ver staat dat plan?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ik heb tijdens die gemeenschappelijke commissievergadering twee zaken meegedeeld.

Ten eerste stel ik voor om binnen de FOD Volksgezondheid een directoraat-generaal Health Preparedness and Response Planning op te richten.

Ten tweede heb ik verklaard dat het bestaande interambtelijke platform, waarin de federale overheid en de deelstaten participeren en samenwerken, zou moeten evolueren naar een echte interfederale crisiscel. De missie van een interfederale crisiscel werd in de COVID-19-periode door de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid al toevertrouwd aan dat interambtelijke platform. De opdracht van het interambtelijke platform werd door de IMC recent uitgebreid van louter COVID-19 naar de gezamenlijke voorbereiding van onder meer het Pandemic Preparedness Plan.

In dat interambtelijke platform zetelen de leidende ambtenaren van zowel de deelstaten als de federale overheid in de gezondheidspijler. Zij betrekken natuurlijk ook medewerkers met expertise in crisisbeheer bij hun beraadslagingen. Dat is ook de manier waarop gewerkt werd tijdens de coronacrisis. Het secretariaat van dat interambtelijke platform wordt momenteel verzorgd door de FOD Volksgezondheid. De opvolging van de vooruitgang van de activiteiten gebeurt door de interministeriële conferentie.

Het is dus eigenlijk een bestaande structuur, samengesteld uit leidende ambtenaren en hun medewerkers. We rekruteren geen mensen. Wij zullen dus geen selectieprocedures organiseren. Ik heb gezegd – en ik dacht dat dit duidelijk was – dat het bestaande platform echt een interfederale crisiscel moet worden, niet alleen voor COVID-19, maar ook voor andere gezondheidscrisissen.

De opdrachten moeten politiek vastgelegd worden door de interministeriële conferentie. Ik ga er echter van uit dat de betrokken administraties niet zitten te wachten op allerlei formele nieuwe opdrachten. Ze werken spontaan uitstekend samen. Dat is ook het geval geweest in voorbije crisissituaties. Er is ook geen sprake van bijzondere vergoedingen. Dat is een beetje een misverstand waarmee u uit de gemeenschappelijke commissievergadering vertrokken bent.

De visietekst is precies wat ik op 17 januari in de commissie heb gepresenteerd. U zult zich de powerpoint herinneren van de heer Dirk Ramaekers. Dat is eigenlijk de visietekst.

Hoe zullen we dat nieuwe directoraat-generaal Health Preparedness and Response Planning invullen? Daarover vindt overleg plaats met alle betrokken diensten en departementen bij de FOD Volksgezondheid. We plegen daarover ook overleg met de deskundigen inzake crisisbeheer in de deelstaten.

U vroeg ook wie die visieontwikkeling ondersteund heeft. Dat is natuurlijk een werk van de FOD Volksgezondheid, met ondersteuning door Deloitte, maar ook van andere externen en vertegenwoordigers van de deelstaten, onder meer in dat interambtelijke platform. Er zijn daarover ook allerlei bilaterale contacten geweest. De kosten voor de externe ondersteuning van die visieontwikkeling door de firma Deloitte zijn ingeschreven op het budget Ondersteuning, Inkanteling en

Verdere Operationalisering Activiteiten, dienst Crisisbeheer van de FOD Volksgezondheid.

Wij werken inderdaad steeds verder aan onze *preparedness.* Mevrouw Depoorter, u moet het idee van een pandemieplan niet opvatten als iets binairs of een zwart-witgegeven, waarbij dat plan er ofwel helemaal niet is, ofwel kant-en-klaar en perfect is en netjes in een schuif gelegd kan worden.

Zo'n plan is inderdaad een visie waar permanent aan gesleuteld wordt. Het is voortdurend in ontwikkeling. Er is wel een belangrijke mijlpaal, want tegen het einde van dit jaar moeten we onze pandemieplannen indienen bij de Europese Commissie. Ik ga ervan uit dat een Pandemic Preparedness Plan moet passen in een algemener Generic Preparedness Plan. De indiening van ons Pandemic Preparedness Plan bij de Europese Commissie is een belangrijke mijlpaal in die voortdurend lopende werkzaamheden. Ik verwijs daarvoor verder naar de uiteenzetting daarover op 17 januari 2023.

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat een pandemieplan niet binair of zwart-wit moet zijn, maar het moet toch wel wat meer zijn dan een powerpoint. In de verenigde commissie voor Binnenlandse Zaken en Gezondheid hebt u het plan voorgesteld alsof het zo goed als kant-en-klaar was, maar dat is absoluut niet het geval.

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Dat heb ik daar uitdrukkelijk niet gezegd. Hoe kunt u toch zo slecht luisteren! Ik heb dat daar vijf keer gezegd en nu zeg ik het hier voor een zesde keer, bij wijze van spreken.

06.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U geeft zeer duidelijk aan dat de powerpoint eigenlijk de visietekst is, dat u opnieuw werd geholpen door consultancybureau Deloitte. U hebt daar al eens 9,6 miljoen euro aan gegeven. Ditmaal citeert u veiligheidshalve geen bedrag. U hebt nog geen concrete invulling en eigenlijk hebt u nog geen idee over wat u aan Europa zult voorleggen. Ik denk dat men verder had kunnen staan met dit plan, zeker gelet op de doorgemaakte crisis.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De OESO-studie naar het covidbeleid" (55033615C)
07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de l'OCDE concernant la stratégie anticovid" (55033615C)

07.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, is de OESO al gestart met de covidstudie? Dat onderzoek zou een objectieve vergelijking van het covidbeleid van ons land met dat van andere landen moeten maken.

Worden de geldstromen naar de consultancy-opdrachten ook in de studie geanalyseerd? Ik had het daarnet al over de 9,6 miljoen euro voor Deloitte. Wat is de raming van de kostprijs van de studie?

Wat zal volgens uw raming de uiteindelijke kostprijs van het gevoerde covidbeleid zijn?

Op welke begrotingspost wordt de studie ingeschreven? Gaat het alleen over federale middelen of werd hier ook een verdeelsleutel met de deelstaten afgesproken?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** De OESO zal een geïntegreerde evaluatie toepassen op de covidpandemie en alle nodige en nuttige elementen zullen daarbij in acht worden genomen.

Wij schrijven die studie niet zelf, mevrouw Depoorter. Ik ben niet zelf aan het beslissen wat de OESO zal doen met gegevens over de consultancy, de kostprijs van de consultancy, de organisatie van de consultancy. Ik ga ervan uit dat, als de OESO dat belangrijk vindt, dat ook een belangrijk element zal

zijn in de evaluatie die zal worden opgeleverd. De OESO krijgt van ons alle gegevens die ze vraagt.

De kostprijs van de OESO-review zal pas duidelijk zijn na de afronding van de overeenkomst met de OESO en zal op een later moment worden besproken.

U vraagt ook naar de totale kosten van het covidbeleid. U zult begrijpen dat die vraag een aparte studie vraagt en nauwkeuriger moet worden geformuleerd. Gaat het over alles wat te maken met de organisatie van de overheid, de bijkomende rekrutering van ambtenaren, de consultancy? Gaat het over alle sociale tegemoetkomingen? Gaat het over de kosten van de vaccinatiecampagne? Gaat het over de kosten van de testing? Gaat het over de kosten als gevolg van het feit dat men bepaalde zorg moet uitstellen? Gaat het eventueel ook over de alternatieve kosten, indien we niet tijdig hadden ingegrepen? Dat vraagt een soort van evaluatie, waarop men niet in een handomdraai een antwoord kan geven.

Ik kan dus niet in een enkel cijfer weergeven wat de maatschappelijke kosten over meerdere jaren en in allerlei beleidsdomeinen waren ten gevolge van de aanwezigheid van het virus op ons grondgebied sinds 2020. Wij zouden desgevallend ook moeten weten wat een en ander aan de deelstaten heeft gekost, wat ook een interessante vraag is.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u ook gevraagd op welke begrotingspost de studie wordt ingeschreven? Betreft het enkel federale middelen of is een verdeelsleutel afgesproken?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, er is daarvoor nog geen verdeelsleutel afgesproken.

07.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat dacht ik al, mijnheer de minister. Er zijn nog zaken waarvoor u nog een verdeelsleutel moet afspreken. Nochtans is dat in een samenwerking essentieel. Het is essentieel in een partnership dat wordt afgesproken wie wat betaalt en wie wat vraagt.

Mijnheer de minister, u moet wel eerlijk zijn over de inhoud van de studie. U geeft een heel welomschreven opdracht aan de OESO, die u trouwens hebt gedeeld met de deelstaten. Wanneer ik u dan vraag of u ook het beleid rond consultants, extra kosten, personeel en dies meer in de studie zult meenemen, moet u mij niet antwoorden dat u niet moet aangeven wat de OESO moet onderzoeken. U doet dat immers wel. U schrijft de opdracht uit.

Ik vraag u dus nu of u de extra kosten die de overheid voor consultancy en externe adviezen heeft gemaakt, zal laten onderzoeken en evalueren. U bent perfect bij machte om dat te laten onderzoeken. Alleen heb ik het vermoeden dat dergelijke evaluatie u niet zo goed zou uitkomen.

Aangezien we op voorhand al weten dat bepaalde aspecten niet in de onderzoeksopdracht worden meegenomen, weten wij al evenzeer op voorhand dat de studie niet volledig zal zijn.

Uw antwoord op mijn tweede vraag is de bevestiging van het geheel. U antwoordt immers dat het heel moeilijk is om de kosten van het covidbeleid gedetailleerd weer te geven, omdat u niet weet waarover ik het heb. Mijnheer de minister, wanneer u een opdracht uitschrijft voor de OESO, is het essentieel dat de opdracht goed is geformuleerd en dat de burger antwoorden krijgt op alle vragen en niet alleen op de vragen die de federale regering misschien goed zullen uitkomen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de terugbetaling van sondevoeding voor kinderen" (55033618C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De forfaits voor sondevoeding (opvolgvraag)" (55034538C)
08 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi du remboursement de l'alimentation par sonde destinée aux enfants" (55033618C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les forfaits dans le cadre de l'alimentation par sonde (question de suivi)" (55034538C)

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, voor kinderen tot negentien jaar zit de terugbetaling van sondevoeding vervat in de maximumfactuur. Mijn vraag is ingegeven door de moeilijkheden die sommige patiënten door de gestegen energiekosten en de inflatie ondervinden om sondevoeding te betalen. We moeten manieren vinden om sondevoeding terug te betalen, zoals dat al het geval is in Nederland.

In uw antwoord op mijn vorige vraag erkende u het probleem en gaf u aan dat u maatregelen zou nemen. U was het niet eens met mijn voorstel om tijdelijk de maximumfactuurregeling uit te breiden tot patiënten ouder dan negentien jaar.

Welke stappen zijn er intussen in het sondevoedingsdossier gezet? Welke stappen moeten er nog gezet worden? Binnen welke tijdspanne verwacht u een oplossing voor de patiënten?

08.02 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Geachte Minister,

Ik heb u vorig jaar reeds verschillende keren gevraagd naar een aanpassing van de forfaits voor sondevoeding in de thuissituatie. Bij de bespreking van de beleidsnota vermeldde u dat de werkgroep voeding (binnen de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen) een nieuw voorstel uitwerkt. Op basis van de energiebehoefte van de patiënt (berekend aan de hand van het gewicht) en de verhouding voeding oraal versus sondevoeding zou er fijnmaziger bepaald kunnen worden wat die forfaits moeten zijn.

Ik verwijs hierbij graag nog eens naar de KCE-studie van 2019 waaruit bleek dat sondevoeding (enterale voeding) die in het ziekenhuis toegediend wordt aan een patiënt inbegrepen is in de dagprijs van de hospitalisatie en voor de patiënt dus niets kost, terwijl dit hem thuis tussen de 11 en 28 euro per dag kost. Anderzijds toonde dit onderzoek dat parentale voeding (via een baxter) een patiënt in het ziekenhuis ongeveer 11 euro per dag kost, terwijl dit voor de patiënt die parentale voeding thuis toegediend krijgt juist zo goed als gratis is. Er is hier dus duidelijk sprake van een financiële ongelijkheid. Het KCE raadde dan ook aan om de vergoedbaarheid van kunstmatige voedingen aan te passen zodat de kosten voor de patiënten gelijk zijn, ongeacht de plaats waar ze verzorgd worden of het type voeding dat ze nodig hebben.

Mijn vragen voor de minister:
•Wat is de huidige stand van zaken van de werkzaamheden van de werkgroep voeding in dit dossier? Wanneer verwacht u dat de werkgroep definitief zal landen met een nieuw voorstel?
•In welke mate wordt hierbij rekening gehouden met de aanbevelingen van het KCE?
•Kan u al wat meer toelichting geven bij hoe de nieuwe forfaits er zouden uitzien en hoeveel ze zouden bedragen? Wanneer zullen de patiënten meer duidelijkheid krijgen?

08.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, mevrouw Farih, we voorzien in de terugbetaling voor sondevoeding in twee stappen. In een eerste stap wordt de verzekeringstegemoetkoming verhoogd in die zin dat we de indexeringen van 2008 tot en met 2023 inhalen. Daarnaast is een werkgroep bezig met het optimaliseren van de tekst en van de indicaties van de vergoedingsvoorwaarden en met een aanpassing van het aanvraagformulier. De werkgroep stelt in samenwerking met alle betrokkenen ook overgangsmaatregelen op.

In een tweede stap wil de werkgroep Medische Voeding komen tot een proportioneel

vergoedingssysteem, dat wil zeggen proportioneel over de patiënten volgens hun energiebehoeften. Het vigerende dagforfait houdt immers geen rekening met de echte noden, de energiebehoeften van de patiënten. Patiënten die maar een beperkte hoeveelheid sondevoeding nodig hebben, omdat zij nog gedeeltelijk kunnen eten via de mond, krijgen nu evenveel terugbetaald als mensen die nauwelijks of niet via de mond kunnen eten en helemaal afhankelijk zijn van de sondevoeding. Dat is zowel unfair als ondoelmatig.

Die werkgroep wil zich dus buigen over de terugbetalingsmodaliteiten, de verlaging van de administratieve lasten en de prijsverschillen tussen producten voor enterale voeding en tussen de bedrijven die gespecialiseerd zijn in *services and technologies home assistance* (STHA) die de enterale voeding leveren bij de patiënten thuis. Die tweede stap houdt in dat wij werken in het koninklijk besluit van 23 november 2021, met name deel 2, titel 2, hoofdstuk 1, enterale sondevoeding in de thuissituatie.

De idee is om met de proportionele vergoeding naar gelang van de energiebehoeften, het verschil tussen de kosten in een thuissituatie en de kosten in een ziekenhuis kleiner te maken, zodat wie sondevoeding nodig heeft, niet benadeeld wordt als hij of zij die in een thuissituatie krijgt.

Een herziening van hoofdstuk 2, parenterale voeding voor ambulante en niet-gehospitaliseerde rechthebbenden in het koninklijk besluit van 23 november 2021 staat voor dit jaar niet op onze agenda.

Welke stappen moeten wij nog zetten? Om te beginnen, gebeurt de indexering bij ministerieel besluit. Dat veronderstelt onder andere de inwinning van een advies van de Inspectie van Financiën en een akkoord van de staatssecretaris van Begroting en de begrotingsadministratie.

Het koninklijk besluit veronderstelt natuurlijk ook een aantal te zetten stappen. Het werk ten gronde veronderstelt onder meer dat de tekst wordt voorgelegd aan de leden van de Commissie voor de terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen.

Het aanvraagformulier en de paragraaf over de indicaties zijn al geoptimaliseerd tijdens eerdere vergaderingen in januari en februari dit jaar van de commissie.

De werkgroep wil de aanbeveling over de tekst uiterlijk in mei voorleggen aan de leden van de Commissie voor de terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen. Het advies van de commissie zal aan mij worden voorgelegd, vooraleer ik een besluit kan opstellen.

De Algemene Raad van het RIZIV heeft een budget van 2,2 miljoen euro uitgetrokken voor de verhoging van de forfaits bij enterale voeding. De leden van de werkgroep Enterale Voeding willen dat de patiënt in 2023 kan genieten van dat vrijgemaakte budget. Het is ietwat ingewikkeld omdat een deel van het verhaal geregeld wordt via ministerieel besluit en een ander deel via koninklijk besluit. De indexering gebeurt bij ministerieel besluit, net als de gewijzigde berekening van de forfaits. De reglementering ten gronde zit dan weer vervat in een koninklijk besluit.

08.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u bent eigenlijk nog niet veel opgeschoten. De indexering komt eraan. Dat is alvast meegenomen, want dat is al niet meer gebeurd sinds 2008. Wat de enterale voeding betreft, zullen patiënten dat eventueel voelen vanaf de tweede helft van het jaar, als de Commissie voor de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten groen licht geeft. Het moet gezegd dat 2,2 miljoen euro geen al te groot budget is; ik weet niet hoeveel patiënten hiermee vooruitgeholpen worden.

Bovendien komt er dit jaar geen maatregel voor de parenterale voeding. U zult wel de administratieve lasten wat verminderen. Dat is een stap voorwaarts, maar niet echt een om over naar huis te schrijven.

08.05 **Nawal Farih** (cd&v): Ik had begrepen dat er voor volledige gelijkstelling voor baxtervoeding via sonde 14 miljoen zou nodig zijn. Met een budget van 2,2 miljoen euro zal dus slechts een kleine groep van de patiënten van de regeling kunnen genieten. Het is een stap vooruit, maar er moet nog veel worden bewerkstelligd. Voeding is een basisbehoefte en we mogen de patiënten niet in de steek laten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vertraging in de levering van covidvaccins" (55033617C)
09 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les retards de livraison des vaccins anticovid" (55033617C)

De **voorzitster**: Mevrouw Depoorter, hebt u die vraag niet ingetrokken?

09.01 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitster, het is natuurlijk al de zoveelste keer dat diezelfde vraag wordt gesteld. Waarschijnlijk heeft mevrouw Depoorter dat daarom vergeten.

09.02 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dan zult u de vraag nu misschien beantwoorden.

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, voorbij is voorbij. Als u het voor de 35ste keer wilt horen, dan mag dat, maar u verveelt er iedereen mee.

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, ik geef het woord aan het Kamerlid, dan kan zij haar vraag stellen en dan kunt u antwoorden.

09.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat inderdaad over Vaccinet en de vertraging van de levering van de COVID-19-vaccins. Ik heb u daarover geïnterpelleerd. Eigenlijk zou het probleem veroorzaakt zijn door het IT-systeem. In alle vragen die ik u heb gesteld, heb ik daarop nog nooit een antwoord gekregen. Het staat het met het IT-systeem? Is men al van die Excel-files afgestapt? Of heeft men een IT-systeem ontwikkeld waarmee men volledig kan traceren en, in geval van problemen, ook kan garanderen dat ze worden onderschept?

09.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, het is de zoveelste keer dat u dat onderwerp aansnijdt. Ik zal u nu nog gedetailleerder antwoorden.

Ten eerste, in het begin van de samenwerking gebruikten alle deelstaten de PowerApp van Movianto, maar in december wenste de Vlaamse overheid over te schakelen op haar eigen tool in Vaccinet. Door die aanpassing van de werkwijze moest Movianto ook op een andere wijze te werk gaan. De namen of de signaties van sommige producten kwamen niet overeen in de nieuwe en de oude app. Daarom waren er aanpassingen nodig. Dat probleem is opgelost, doordat de Vlaamse overheid en Movianto nu CNK-codes gebruiken om orders te plaatsen.

Een ander probleem was dat Movianto geen mails kon sturen naar de mensen of organisaties die bestellingen plaatsten, omdat ze die informatie niet krijgen via Vaccinet. Dat probleem is ondertussen ook opgelost. Momenteel gebeurt de communicatie tussen de Vlaamse overheid en Movianto zonder tussenkomst van de FOD Volksgezondheid. De FOD is niet op de hoogte van andere problemen.

Ten tweede, de Waalse overheid zal in de toekomst ook overschakelen op haar eigen app. Movianto heeft de Waalse overheid gevraagd om eenzelfde soort app te gebruiken als de Vlaamse overheid, met dezelfde namen en codes voor de vaccins. Op die manier hoopt Movianto mogelijke problemen te voorkomen wanneer de Waalse overheid de overstap maakt.

Ten derde, ik heb momenteel geen weet van belangrijke problemen met Movianto. De FOD Volksgezondheid laat mij weten dat enkele operationele problemen in de huidige opstartfase, waaronder de door u aangehaalde IT-aanpassingen, door Movianto werden aangepakt en dat er oplossingen worden gezocht. Uiteraard blijft de FOD Volksgezondheid dat in detail opvolgen. Als er problemen worden gemeld, mag in de eerste plaats verwacht worden dat het kwaliteitssysteem van de logistieke partner een gepast antwoord biedt. Afhankelijk daarvan zal de overheid dan gepast moeten reageren conform de contractuele en reglementaire bepalingen.

09.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u blijft problemen ontkennen. We zullen naast elkaar blijven praten. Vaccins die geen koudeketengarantie hebben, kunnen niet worden gebruikt. Vaccins die voor de deur van een apotheek worden achtergelaten, kunnen niet worden gebruikt. Vaccins die bij een andere leverancier terug geleverd worden in een zogenaamde *icepack* zonder dat ze waren uitgehaald – de beruchte *inbound* en *exit* – moeten worden weggegooid.

U weet maar al te goed dat er vaccins verloren zijn gegaan. Het is dan ook zeer jammer dat u dat niet toegeeft. Ik zal u daar inderdaad vragen over blijven stellen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van de gesuperviseerde stages voor klinisch psychologen" (55033619C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gesuperviseerde stage voor klinische psychologen" (55034569C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De professionele stage voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen" (55034910C)
10 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état de la question des stages supervisés des psychologues cliniciens" (55033619C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage supervisé pour les psychologues cliniciens" (55034569C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le stage professionnel pour les psychologues et orthopédagogues cliniciens" (55034910C)

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): We hebben het al een paar keer gehad over de gesuperviseerde stage voor klinisch psychologen. U had mij bij de vorige aanpassing gegarandeerd dat er geen studenten meer uit de boot zouden vallen. Nochtans krijg ik nog altijd melding van studenten die in de problemen zitten, die niet zullen kunnen afstuderen wanneer die bepalingen toch nog stand houden en de gesuperviseerde stage voor hen niet aangepast wordt. Wat is vandaag de stand van zaken van de regeling die u voorstelde? Bent u op de hoogte van studenten die nog in moeilijkheden zitten?

Meent u dat er in feite een oneerlijke situatie bestaat wanneer studenten uit hetzelfde startjaar, namelijk 2017-2018, of zelfs een jaar later, dus 2018-2019, vrijgesteld worden door uitstel, maar dat studenten die in hetzelfde jaar begonnen zijn, maar omwille van diverse gegronde redenen hun traject hebben moeten onderbreken en dus een jaar later zullen afstuderen, in een andere setting komen? Zou u overwegen om de regel met betrekking tot de vrijstelling voor iedereen die een relevante vooropleiding begonnen is vóór 2017-2018 op te schuiven naar het jaar van ingang?

10.02 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijn vragen sluiten zich hierbij aan. Er is uitstel gegeven in december 2022 om de regel te laten ingaan voor wie afstudeert in 2023-2024 of erna. Er is natuurlijk nog altijd een tekort aan erkende stagemeesters. De Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen vraagt dat dit het laatste jaar uitstel zou zijn. Ondertussen blijven ze ijveren voor financiering van de stagemeester. Er moet dus een bijkomende incentive komen. U kondigde bij de bespreking van uw beleidsnota alvast aan dat er een proefproject zou komen.

Hoe zult u ervoor zorgen dat er geen nieuw uitstel komt? Wat zal het proefproject precies inhouden? Is er al een timing voor de opstart hiervan?

10.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): *Mijnheer de minister, de wet van 10 mei 2015 zoals vorige legislatuur gewijzigd voorziet dat klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen enkel erkend kunnen worden indien ze na hun opleiding ook een professionele stage voleindigen. De koninklijk besluiten van 26 april 2019 stelden de criteria vast voor de erkenning van klinisch psychologen/klinisch orthopedagogen alsmede van hun stagemeesters en stagediensten. De professionele stage is een*

praktijkstage die bedoeld is om de klinisch psycholoog de noodzakelijke vaardigheden, vakkundigheden en competenties bij te brengen om de klinische psychologie autonoom te kunnen beoefenen. Omdat er onvoldoende stagemeesters waren is de inwerkingtreding van de professionele stage als voorwaarde voor het bekomen van een erkenning al twee keer uitgesteld waardoor de professionele stage pas verplicht zal zijn voor studenten die afstuderen in het academiejaar 2023-2024. Dat betekent dat alle afgestudeerden ondertussen zonder stage-ervaring in de klinische praktijk vandaag op de arbeidsmarkt komen wat de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg niet ten goede komt.

Graag vernam ik van de minister:

1.Welke garanties kan de minister geven dat studenten klinische psychologie en klinische orthopedagogie die in 2023-2024 afstuderen effectief een professionele stage kunnen lopen en zo met de nodige klinische ervaring hun beroep zullen kunnen uitoefenen?

2.Hoeveel stagemeesters voor de professionele stage van enerzijds klinisch psychologen en anderzijds klinisch orthopedagogen zijn reeds gevonden?

3.Wat zijn de huidige belemmeringen om voldoende stagemeesters voor klinische psychologen en klinische orthopedagogen te vinden? En welke maatregelen neemt de minister of zal hij nemen om aan die belemmeringen te remediëren?

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitster, geachte Kamerleden, om te beginnen is er op dit ogenblik veel werk in uitvoering met betrekking tot de professionele stage voor klinisch psychologen.

Ten eerste is de wetswijziging om de stageverplichting uit te stellen van 2022-2023 tot 2023-2024 in behandeling.

Ten tweede heb ik met het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de beroepsverenigingen een werkgroep opgericht om een pilootproject uit te werken in het kader van de conventie eerstelijns psychologische zorg ter financiering van de stagemeesters. De bedoeling is dat dit pilootproject van start gaat in de zomer van dit jaar. Tegelijkertijd heb ik aan de federale raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen gevraagd om een advies te geven voor een vereenvoudiging van de wettelijke criteria voor stages en de overgang naar een nieuw model. De raad is daarmee ook nog bezig.

Om een antwoord te geven op de twee vragen over de vrijstelling van stage, wil ik bevestigen door te citeren: “De verplichting tot professionele stage geldt voor studenten klinische psychologie die afstuderen in de klinische psychologie in de loop van het academiejaar 2022-2023 of de daaropvolgende academiejaren.” In de wetswijziging wordt 2022-2023 dus 2023-2024. “Studenten klinische psychologie die hun studies op 1 september 2016 of ten laatste in de loop van het academiejaar 2016-2017 zijn begonnen, zijn vrijgesteld van de professionele stage, ongeacht het academiejaar in de loop waarvan zij afstuderen in de klinische psychologie.” Dat ligt vast.

Met andere woorden, de studenten die begonnen zijn in 2016-2017 aan de studie klinische psychologie, zijn effectief vrijgesteld van de stage. Dat is zo ingeschreven om studenten die hun studie begonnen op het moment van de totstandkoming van die wet, niet te benadelen. Voor studenten die na 2016-2017 aan hun studie klinische psychologie begonnen, waren de wetgeving en die verplichting bekend. De vrijstelling van de stage hangt effectief af van het jaar waarin men afstudeert.

De gemeenschappen zijn bevoegd voor de erkenning. Het komt de gemeenschappen toe om eventueel uit te leggen hoe zij die vrijstelling toepassen in zeer specifieke en misschien behartenswaardige gevallen waarmee zij te maken krijgen. De wet is dus van toepassing op de gemeenschappen.

Naar mijn mening was de wet heel helder van in het begin. We stellen die wet met een jaar uit, omdat die te snel komt. Ondertussen proberen we met een proefproject echt iets goeds te doen voor de eerstelijns psychologische zorg, waarmee wij ingaan op een goede suggestie die destijds door mevrouw Fonck is geformuleerd. We zijn dat aan het uitwerken.

De heer De Caluwé had een vraag over het aantal erkende stagemeesters. Op dit ogenblik zijn er 70 erkende stagemeesters voor klinische psychologen en 6 voor klinische orthopedagogen.

10.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat voor 2017-2018 de bepaling dat een gesuperviseerde stage moet worden uitgevoerd al gekend was, maar eigenlijk gaat het hier om een welles-nietesspel waarvan de studenten het slachtoffer zijn. U zou perfect in uw wet kunnen opnemen dat ook studenten die in 2017-2018 of zelfs in 2018-2019 hun studie hebben aangevat die verplichte stage niet moeten uitvoeren.

Ik blijf toch met een probleem zitten. Wij hebben psychologen te kort. U smeekt om deel te nemen aan uw conventie. Die mensen waren misschien wel op de hoogte van het feit dat die stage moest worden uitgevoerd, maar omdat ze werken terwijl ze studeren is het voor hen moeilijk om die onbezoldigde stage uit te voeren. Waarom kunt u hen niet tegemoetkomen door een bepaling op te nemen? Ik snap niet waarom de zwartepiet van de ene overheid naar de andere overheid wordt doorgeschoven, terwijl de student en eigenlijk ook de patiënt het slachtoffer zijn?

10.06 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord, ook over de timing. Ik had ook een vraag over de werkenden, mevrouw Depoorter. Ik denk dat er inderdaad een pragmatische oplossing voor die mensen moet worden gevonden om ervoor te zorgen dat zij toch hun stage kunnen doen. Als men werkt, kan men immers geen stage doen. Ik hoop dat die oplossing in de proefprojecten wordt gevonden. De financiering van de stagemeester is daarbij cruciaal. Daarvan moeten er immers voldoende zijn.

De inhoud van die proefprojecten is mij niet duidelijk. U zegt dat dit in de zomer van dit jaar zal starten, maar dit is maar een proefproject. Is dat van toepassing voor alle psychologen die een stage moeten volgen? Ik begrijp niet hoe dit er zal gaan uitzien. Misschien kunt u hierover later meer duidelijkheid geven.

10.07 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Ik begrijp dat er een tekort is aan stagemeesters en psychologen. Het is dan ook goed dat u zoekt naar oplossingen om daaraan tegemoet te komen. Ik ben ook heel benieuwd naar het proefproject.

Ik wil u er wel op wijzen dat het niet kan dat iemand aan zijn professionele loopbaan start zonder een patiënt gezien te hebben. Het is belangrijk dat er een zekere ervaring kan worden opgebouwd tijdens een stage of tijdens uw geplande proefproject.

Kwaliteit is belangrijk en dat is ook een van de redenen waarom de professionele stage er gekomen is. Ik ben dan ook heel benieuwd naar meer nieuws op een later tijdstip.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van zorg aan gedetineerden" (55033647C)
11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins apportés aux détenus" (55033647C)

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u bracht een wetsontwerp naar onze commissie voor de terugbetaling aan gedetineerden en geplaatste geïnterneerden. Die zijn nu aangesloten en verzekerd bij een ziekenfonds.

De website van het RIZIV vermeldt dat de zorgverleners hun terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen aan het ziekenfonds moeten aanrekenen met inbegrip van het remgeld.

Zorg die terugbetaald wordt, wordt volledig doorgerekend aan het ziekenfonds. Zorg die behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen, wordt terugbetaald via de klassieke procedures. Het persoonlijk aandeel van de regionale verstrekkingen wordt doorgerekend aan de Federale Overheidsdienst

Justitie. Is de gevangene geplaatst in een verzorgingsinstelling, dan moeten de verstrekkingen die niet terugbetaald worden door de verplichte ziekteverzekering, noch behoren tot een bevoegdheid van de gemeenschappen, doorgerekend worden aan de Federale Overheidsdienst Justitie.

Naast het verbod op ereloonsupplementen bij een éénpersoonskamer voor gedetineerden en geplaatste geïnterneerden, waarin zij uit veiligheidsoverwegingen worden verzorgd, lijkt het er dus op dat gedetineerden en geplaatste geïnterneerden gratis geneeskunde ontvangen in ons land, zelfs wanneer het om niet-terugbetaalde zorg gaat.

Mijnheer de minister, kunt u mij duiden hoe de door de ziekenfondsen betaalde remgelden worden teruggevorderd bij de patiënt? Is dat ook gekoppeld aan een middelentoets van die patiënt?

Valt de regeling onder artikel 164 van de wet van 3 juli 1994?

Hoe zal de Federale Overheidsdienst Justitie de remgelden van de door de gemeenschappen betaalde zorg terugvorderen?

Hoe zal de Federale Overheidsdienst Justitie de betaalde zorg die in het reguliere zorgcircuit niet terugbetaald wordt, terugvorderen bij de patiënt in kwestie?

Welk budget wordt ingeschreven voor die remgelden en supplementaire gezondheidskosten voor gedetineerden en geplaatste geïnterneerden?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** De remgelden die worden terugbetaald voor geneeskundige verzorging die gedetineerden en geplaatste geïnterneerden buiten een penitentiaire inrichting genieten, worden niet teruggevorderd bij de gedetineerden of de geplaatste geïnterneerden. Dat is geen nieuw gegeven, maar was ook al het geval nog voor de hervorming van 1 januari 2023. De remgelden voor zorg verstrekt buiten een penitentiaire inrichting werden al ten laste genomen door de Federale Overheidsdienst Justitie.

Zorgverleners kunnen op het vlak van de verzekerbaarheid gebruikmaken van een betalingsverbintenis voor de geneeskundige verzorging die ze aan een gedetineerde of een geplaatste geïnterneerde verlenen, op basis van het formulier dat ze van die laatste ontvangen of als ze de verzekerbaarheid elektronisch raadplegen en overeenkomstig die gegevens elektronisch factureren aan de verzekeringsinstelling. Indien de zorgverlener zich niet houdt aan de wets- of verordeningsbepalingen, worden de bedragen die via de derdebetalersregeling zijn uitbetaald aan de zorgverlener, wel teruggevorderd bij de zorgverlener op basis van artikel 164 tweede lid van de wet van 1994. De remgelden die de FOD Justitie uitbetaalt aan zorgverleners voor zorg die onder de bevoegdheid van de gemeenschappen valt en die zij verlenen aan gedetineerden of geïnterneerden die geplaatst zijn in inrichtingen die behoren tot de bevoegdheid van de FOD Justitie, worden niet teruggevorderd. Ook voor de hervorming van 1 januari 2023 werden remgelden voor zorg buiten de penitentaire inrichtingen ten laste genomen door de FOD Justitie.

De FOD Justitie doet geen terugvordering voor de prestaties die niet worden terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en evenmin door de gemeenschappen en die zij ten laste neemt voor geïnterneerden die geplaatst zijn in een verzorgingsinstelling waarmee de FOD Justitie een plaatsingsovereenkomst heeft gesloten. Ook voor de hervorming van 1 januari 2023 werden die geneeskundige verstrekkingen ten laste genomen door de FOD Justitie. Als u die praktijk aanklaagt, klaagt u dus het beleid aan dat u zelf gedurende vele jaren ondersteund hebt.

Voor de tenlasteneming van remgelden door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor zorg die gedetineerden en geplaatste geïnterneerden vanaf 1 januari 2023 genieten buiten de penitentaire inrichting, is een budget uitgetrokken van in totaal 1.353.000 euro voor het jaar 2023. Het gros daarvan, namelijk 1.222.000 euro, betreft terugbetalingen van remgelden voor mensen die gedetineerd zijn en geïnterneerden die daarmee geassimileerd zijn.

Voorts geldt dat voor een reeks andere categorieën die veel beperkter in omvang zijn, zoals mensen onder elektronisch toezicht, mensen met een toelating om de gevangenis te verlaten, of mensen in een transitiehuis. Als men de optelsom maakt van al die categorieën, gaat men van een impact van 1.222.000 euro naar 1.353.000 euro in 2023.

Voor de volledigheid wil ik u nog meegeven dat voor niet-terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen aan geïnterneerden die zijn geplaatst in een inrichting die niet behoort tot de bevoegdheid van de FOD Justitie, een bedrag van 4,6 miljoen beschikbaar is in 2023. Dat bedrag vindt u in de begroting van de FOD Justitie.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u bent zich een beetje aan het indekken.

U zei bij de voorstelling van het wetsontwerp dat een patiënt een patiënt is. Terwijl gedetineerden en geïnterneerde personen vroeger onder de FOD Justitie vielen, vindt u het normaal dat een patiënt, ook al is hij gedetineerd, bij een ziekenfonds aangesloten is. Tot daar zijn wij het eens, maar u hebt een kans gemist om die patiënt, of hij nu in een gevangenis zit of niet, effectief via het gelijkheidsprincipe een patiënt te laten zijn. U vraagt immers geen jaarlijkse bijdrage, zoals een normaal verzekerde patiënt die jaarlijks moet betalen, en u vraagt geen remgeld. Of een geïnterneerde nu voor 8 miljoen eigendommen in Dubai bezit of hij geen middelen heeft, hij moet geen remgeld betalen voor geneeskundige verzorging. U had nu de kans om bij de overheveling van dat aspect van Justitie naar Volksgezondheid een middelentoets in te brengen.

Ik maak even een snelle rekensom. Een gemiddelde patiënt – dit kunt u terugvinden in alle berekeningen van de ziekenfondsen – gaat vijf tot zeven keer per jaar naar de huisarts. Nemen we het voorbeeld van de patiënt met verhoogde tegemoetkoming, die dus 1 euro remgeld betaalt. Een gemiddelde patiënt draagt 42 euro bij aan remgeld voor geneesmiddelen. De meeste mensen in een gevangenis moeten hogere remgelden bijdragen; althans dat doet de Staat voor hen.

Als ik dat vermenigvuldig met het aantal gedetineerden, kom ik op 572.000 euro per jaar aan remgelden, alleen voor geneesmiddelen en huisartsenbezoeken. Dat is meer dan 3 miljoen per legislatuur, mijnheer de minister. Dan gaat het nog niet over de psychologische zorg, die in gevangenissen heel vaak nodig is. Dan gaat het nog niet over diëtisten en ook nog niet over de 4,6 miljoen die u voor niet-terugbetaalde geneeskundige verzorging ter beschikking hebt.

Mijnheer de minister, het is fundamenteel oneerlijk dat iemand die voor een laag loon werkt, remgeld moet betalen, terwijl iemand die om het even wat mispeuterd heeft en daarvoor in de gevangenis zit, maar wel over middelen beschikt, dat remgeld niet moet betalen. U hebt daar een kans gemist. Ik denk dat het merendeel van de bevolking het nu echt wel eens zou zijn met mij, mijnheer de minister. Het kan niet dat men maar in de gevangenis moet gaan zitten om gratis zorg te krijgen.

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Onder de vorige minister van Justitie, de heer Geens, in een regering waarover u zeer enthousiast was, die u gesteund hebt, was dat ook zo.

Dat de geneeskundige verstrekkingen betaald worden door het RIZIV en niet door Justitie, verandert niets aan de mogelijkheid om al dan niet terug te vorderen. Dat verandert daaraan niets. U bent nu ineens wakker geworden, nadat u jarenlang geslapen hebt, toen uw partij in de regering zat. Misschien is het goed om eens wakker te worden. Nogmaals, er verandert niets ten gronde aan het beleid dat u met enthousiasme gesteund hebt, toen de heer Geens minister van Justitie was.

11.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, opnieuw probeert u af te wijken van de grond van de zaak. U hebt hier de kans om in te grijpen. U hebt de mogelijkheid om een patiënt patiënt te laten zijn. U hebt daaraan niets gedaan. Neen, u vindt het fijner dat men in de gevangenis gratis zorg kan krijgen. Dat is eigenlijk de kern van uw antwoord.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frais de déplacement des professionnels de la santé" (55033648C)
12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplaatsingskosten van gezondheidswerkers" (55033648C)

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, dans de nombreuses situations, le déplacement du prestataire de soins au domicile du patient entraine une facilité de prise en charge pour le patient concerné mais comporte également un intérêt en termes de santé publique et de dépenses publiques (cela permet notamment d'éviter, dans certains cas, une hospitalisation qui coûte beaucoup plus cher et comporte des risques de surinfection).*

L'insuffisance des défraiements pour les frais de déplacement des prestataires de soins a pour conséquence que les prestataires ne réalisent plus (ou beaucoup moins) ces visites à domicile, au détriment du patient, de la santé publique et des dépenses publiques.

Monsieur le ministre, pourriez-vous faire un état des lieux des montants prévus pour les déplacements à domicile pour les prestataires de soins? Quels sont les montants actuels pour les différentes professions et quelles ont été les évolutions de ces montants ces 10 dernières années? Comptez-vous enfin adapter ces montants aux frais réels rencontrés par les prestataires de soins qui se rendent au domicile de leur patient?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, pour les praticiens de l'art infirmier, la prestation de base peut être attestée lors des séances de soins et comprend l'observation globale du bénéficiaire, le planning et l'évaluation des soins, l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage, la tenue complète d'un dossier infirmier et les frais de déplacement.

On estime la part de ces frais de déplacement à 1,18 euro au 1er janvier 2023. L'honoraire de la prestation de base a été indexé de 9,13 % au 1er janvier 2023, dans le cadre d'une valorisation spécifique de cet honoraire. Le secteur a ainsi souhaité appliquer une indexation plus forte de ces prestations en regard de l'augmentation des coûts liés à la pratique.

Des frais supplémentaires de déplacement en région rurale (des communes ayant une densité de population basse, qui sont listées dans le texte de la convention nationale) peuvent également être facturés pour un montant de 2,85 euros par séance de soins.

Pour les sages-femmes, une intervention est accordée pour les déplacements au domicile de la bénéficiaire dans le cadre des séances prénatales en cas de grossesse à risque. Cette indemnité est calculée à 0,29 euro par kilomètre en fonction de la distance réelle, limitée à deux fois 30 kilomètres aller et retour entre le domicile de la sage-femme et le domicile de la bénéficiaire.

Pour les kinésithérapeutes, la nécessité d'effectuer les prestations totalement ou partiellement au domicile du bénéficiaire est déterminée à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute, sauf si le prescripteur précise celle-ci. Une indemnité de déplacement peut être demandée par le kinésithérapeute pour toutes les prestations qu'il effectue au domicile du patient, quelle que soit la situation pathologique traitée. Cette indemnité s'élève, dans toutes les situations, à 1,13 euro, sauf pour les patients palliatifs à domicile, où elle s'élève à 1,31 euro.

En dehors de cette indemnité, les honoraires des prestations effectuées au domicile des bénéficiaires sont en général plus élevés de 1,37 euro que les honoraires des prestations équivalentes effectuées au cabinet. Le montant total que le kinésithérapeute peut demander pour une séance au domicile du patient est donc de 2,50 euros plus élevé qu'au cabinet.

Pour les médecins généralistes, il existe des codes de nomenclature spécifiques pour les visites. En 2023, l'honoraire pour une consultation chez un médecin généraliste accrédité dans son cabinet s'élève à 30 euros. L'honoraire pour une visite par un médecin généraliste au domicile du patient s'élève à 43,19 euros. Dans la différence de 13,19 euros, l'indemnité pour les frais de déplacement représente un montant de 10,75 euros.

En plus de cela, l'accord national médico-mutualiste fixe les indemnités pour les frais de déplacement dans certaines régions rurales. Il s'agit de communes ayant une densité de population basse, listées

dans des circulaires. L'indemnisation se fait sur la base du nombre de kilomètres entre ces villages. Par exemple un médecin à Waimes qui rend visite à un patient à Robertville peut demander une indemnité supplémentaire de 6,30 euros, dont 5,72 euros sont à charge de l'assurance maladie-invalidité.

Pour les spécialistes en pédiatrie, il existe également des codes de nomenclature spécifiques pour les visites. En 2023, l'honoraire pour une consultation chez un pédiatre accrédité s'élève à 46,69 euros. À ce montant peut être ajouté un montant de 4,99 euros pour couvrir les frais de déplacement quand le pédiatre fait une visite au domicile du malade. Seuls les pédiatres et les généralistes peuvent attester des visites à la demande d'un patient. Les autres médecins spécialistes peuvent être appelés au domicile du patient par le médecin traitant. Dans ce cas, ils peuvent facturer une indemnité de 0,79 euro par kilomètre, dont 75 % sont remboursés par l'assurance obligatoire

Pour les bandagistes, la convention nationale prévoit que le coût des prestations couvre les frais de déplacement du prestataire de soins, dans un rayon de 10 kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche. Au-delà des 10 kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 euro par kilomètre peut être porté en compte au bénéficiaire.

Pour les orthopédistes, la convention nationale prévoit que le coût des prestations couvre les frais de déplacement du prestataire de soins dans un rayon de 25 kilomètres à compter de son atelier agréé le plus proche, excepté pour les lombostats en coutil et métal et les semelles orthopédiques pour lesquels la distance est ramenée à 10 kilomètres.

Au-delà de 25 kilomètres, un défraiement maximum de 0,37 euro par kilomètre peut être porté en compte. Pour les lombostats en coutil et métal et les semelles orthopédiques, un défraiement maximum 0,37 euro par kilomètre au-delà des 10 kilomètres peut être porté en compte.

Les honoraires fixés dans la nomenclature des secteurs ont, pour la plupart, suivi l'indexation annuelle des honoraires ces dix dernières années. Certains secteurs ont néanmoins opté pour des indexations sélectives qui ont pour effet de limiter ou de valoriser le pourcentage d'indexation de certaines prestations. Il est dès lors complexe de dégager une tendance générale pour tous les secteurs.

Comme prévu lors de la fixation du budget 2023 par le Conseil général de l'INAMI, une réflexion aura également lieu en 2023 au sein du Comité de l'assurance de l'INAMI sur l'harmonisation des primes télématiques, les frais de déplacement, le financement des organisations professionnelles, etc.

Enfin, un budget de 100 millions d'euros est prévu pour les dispensateurs de soins totalement conventionnés pour compenser le coût de la vie et pour aider les dispensateurs de soins qui respectent les tarifs de l'assurance soins de santé à faire face à l'augmentation du coût de leur pratique.

Les modalités pratiques de cette prime seront encore précisées. Un versement est attendu à partir du second semestre 2023.

12.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse

Les législations sont très disparates. Pour ce qui concerne les 100 millions d'euros, dois-je comprendre qu'il n'y a pas encore de répartition entre les différents prestataires de soins?

12.04 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Je crois qu'il y a eu une répartition au sein du Comité de l'assurance. Mais les secteurs doivent encore déterminer comment ils vont utiliser le montant qui leur a été alloué.

12.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Pourriez-vous me transmettre les données relatives à la répartition macro de l'enveloppe de 100 millions et donc non par type de prestation, mais par secteur, par grand prestataire de soins?

12.06 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Je peux vous les transmettre en espérant que je ne me trompe

pas.

12.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Suivant l'information qui m'a été transmise, ce montant a été réparti.

12.08 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Si ma mémoire ne me fait pas défaut, le Comité de l'assurance a déjà statué concernant la répartition. Je vais donc demander à ma collaboratrice de transmettre la répartition par secteur de cette enveloppe de 100 millions d'euros au secrétariat de la commission.

12.09 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Par ailleurs, je me souvenais bien qu'une évaluation devait être entreprise en 2023. Cela me semble particulièrement crucial, parce que la situation reflète un deux poids, deux mesures non négligeable, au regard de ces prestataires à domicile. Pourtant, plusieurs enjeux de santé publique sont fondamentaux. Des infirmiers se rendent au domicile d'une personne dépendante âgée – et c'est de plus en plus le cas. L'une des conditions pour que quelqu'un puisse rester chez lui et ne pas devoir être envoyé en maison de repos est que soient garantis des soins infirmiers à domicile.

Si je prends l'exemple d'un kinésithérapeute respiratoire qui se rend chez les parents d'un nouveau-né ou d'un prématuré, on évite ainsi que des petits enfants infectés ne contaminent la salle d'attente et ne se contaminent eux-mêmes. De même, on évite des hospitalisations en pédiatrie qui pourraient entraîner de lourdes conséquences pour les enfants concernés, mais également des effets budgétaires pour la sécurité sociale.

À cet égard, dans une logique de santé publique, un certain rééquilibrage et une certaine revalorisation doivent être entrepris. Je prenais l'exemple des infirmiers et des kinésithérapeutes, mais je pourrais aussi en citer d'autres. En tout cas, ceux-là sont frappants, compte tenu du très faible montant qui est consacré au déplacement à domicile. C'est pourtant, me semble-t-il, un enjeu majeur sur le plan de la qualité des soins, si l'on veut éviter des complications, voire certaines hospitalisations.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque de place dans les services de néonatologie" (55033694C)
13 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het plaatsgebrek in de afdeling neonatologie" (55033694C)

13.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, alors que la taille du patient ne devrait pas être proportionnelle aux soins qu'il requiert, c'est pourtant le constat alarmant qui m'a été exposé dans les différents services de néonatologie intensive que j'ai eu la chance de visiter ces dernières semaines.

Ainsi, bien qu'il soit démontré par de nombreuses études que la présence 24 heures sur 24 d'un parent permet au bébé prématuré de se développer et de se rétablir plus rapidement, les chambres des services de néonatologie sont généralement sensiblement plus petites qu'une chambre "classique", ce qui rend l'installation du parent particulièrement inconfortable, voire impossible, alors que cette présence permettrait, comme je l'ai dit, de désengorger plus rapidement le service.

Ce manque de place pour les parents s'explique par le manque de chambres - c'est finalement un problème récurrent - mais aussi par l'appareillage très volumineux et absolument nécessaire, et également par la surcharge des chambres, puisque les services de néonatologie se doivent d'accueillir tous les bébés qui en ont besoin, même si cela contraint les équipes à placer jusqu'à trois nourrissons par chambre à certaines périodes. C'est énorme.

Cet engorgement des services de néonatologie force par conséquent les soignants à réutiliser du

matériel désuet, mais également à refuser purement et simplement la présence des deux parents simultanément, alors qu'elle est fondamentale pour le bon développement du bébé prématuré.

Monsieur le ministre, avez-vous conscience de ce problème de manque de place dans les services de néonatologie? Dans l'affirmative, des discussions sont-elles en cours et avec qui? Dans la négative, qu'en pensez-vous et quelles sont vos ambitions sur ce sujet?

Ce manque de place aujourd'hui concerne-t-il l'ensemble des services de néonatologie en Belgique ou quelques-uns uniquement? Si oui, comment expliquer cette différence de taille entre les différents services d'un même hôpital? Dans la négative, comment peut-on expliquer aujourd'hui que certains services du pays soient défavorisés par rapport à d'autres?

Enfin, je voulais aussi mettre en avant un modèle qui a été développé en Suède, et qui prévoit que des chambres soient prévues expressément pour l'accueil des parents, leur permettant ainsi d'être présents 24 heures sur 24 auprès de leur bébé. Est-ce que ce modèle est envisageable en Belgique? Dans l'affirmative, avez-vous une idée du budget que cela représenterait? Dans la négative, pourquoi un tel modèle ne pourrait-il pas être implanté en Belgique?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Peut-être qu'un bref cadrage historique serait intéressant. Les premières unités de soins intensifs néonataux – les services NIC – ont été construites dans les années 1970. Le traitement des enfants était principalement basé sur la surveillance du patient au lit. L'organisation en salle commune de 5 à 15 lits permettait l'évaluation simultanée de plusieurs enfants. Les visites des parents, sans parler de la prise en charge par ces derniers, étaient à cette époque d'une importance secondaire. L'accent était mis sur la prévention des infections.

L'organisation de ces services était donc adaptée aux normes de l'époque alors que la compréhension de l'importance des soins centrés sur la famille était, pour ainsi dire, inexistante. Grâce à une compréhension progressive vers de meilleurs résultats neurocognitifs et d'attachement dans le développement de ces bébés prématurés fragiles, l'importance du parent comme figure centrale de soins est reconnue aujourd'hui. La science rattrape les textes juridiques, en quelque sorte. Il faut, en effet, constater que l'arrêté royal contenant les normes architecturales de ces services NIC n'a pas été mis à jour depuis 1997. Il serait donc vraiment utile de l'adapter. Cette compétence relève, depuis la sixième réforme de l'État, des entités fédérées. Mais les échanges au sein des groupes de travail de la Conférence interministérielle peuvent soutenir la démarche.

Cela n'empêche pas les services NIC de Belgique de déjà appliquer les directives européennes et de mettre en place des *single family rooms* ou des "chambres koala" lors de la reconstruction ou du déménagement de leurs services. L'effet de ces efforts se traduit par la satisfaction des parents et du personnel, comme j'ai pu moi-même le constater lors d'une visite du service NIC de l'Hôpital universitaire de Leuven en mai dernier.

Dans les autres services, qui ne prévoient pas encore une transition immédiate vers un déménagement, on peut déjà aujourd'hui minimiser autant que possible la séparation entre les parents et leur bébé avec un peu de créativité.

C'est ce qui pousse les soignants à installer les parents dans les chambres existantes, et fait donc apparaître ce côté "trop petit" ou exigu. Ceci est néanmoins le témoin d'une capacité des services à s'adapter à l'évolution des soins néonataux selon *l'evidence based medicine.* Une autre solution consiste à offrir aux parents la possibilité de passer une nuit dans une chambre de maternité ou une chambre proche du service, par exemple. À mentionner également: la prise en charge de ces bébés fragiles sur le plan du développement ne consiste pas seulement à adapter l'infrastructure du service. Il est utopique de penser que le seul fait d'ajuster l'architecture permettra au bébé d'obtenir de meilleurs résultats au niveau du développement neurocognitif. Cela en fait partie, mais les soins adaptés aux besoins de ces bébés prématurés et le fait que les parents puissent assurer un contact peau à peau fréquent et participer aux soins de ces bébés fragiles, détermineront en grande partie les résultats.

Nous comprenons que les médecins et les infirmières de ces services de néonatologie intensive (NIC) ressentent un changement dans la façon de prendre soin de cette population. Nous soutenons l'orientation du personnel dans ce contexte, en particulier l'intégration de cette nouvelle philosophie de

soins. L'une des façons d'y parvenir est de financer structurellement des formations approfondies sur l'allaitement et les soins de développement, axées autour d'une non-séparation absolue entre les parents et le bébé. À partir de cette année, un soutien financier en ce sens sera proposé à tous les services NIC. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai visité un service NIC à Leuven, dont l'architecture et la culture du soin m'ont fait forte impression.

La prise en charge de ces bébés selon le modèle suédois est un objectif à atteindre pour l'ensemble des services de néonatologie. Certains services le proposent d'ailleurs déjà et d'autres sont en transition, comme ceux où les chambres sont trop petites mais où les parents sont présents. Si l'on effectue une comparaison internationale, il faut ajouter que d'autres éléments aussi permettent plus facilement au couple de parents suédois de rester à l'hôpital tous les jours, et surtout quand il y a d'autres enfants dans la famille: les possibilités de garde d'enfants et l'étendue du congé parental payé pour les deux parents sont beaucoup plus généreux en Suède que dans notre pays. La Suède prévoit un total de 240 jours de congé parental rémunéré, avec un minimum de 90 jours pour chacun, les jours restants étant transférables entre les deux parents.

L'intégration du modèle de soin couplé dans le temps nécessitera non seulement l'architecture mais aussi la prise en considération de la qualité des soins couplés pour un bébé nécessitant des soins de haute technologie, en même temps que sa mère nécessite des soins *post-partum*. Il s'agit donc d'un projet important dans le cadre duquel les éléments constitutifs sont, à mon sens, aujourd'hui posés.

13.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): C'est vrai, fort heureusement, des progrès ont été réalisés ces dernières années dans la foulée de la création de ces services de néonatalogie. On a enfin compris que plus un enfant prématuré était pris en charge au niveau médical et au niveau sensoriel par la présence de ses parents, plus il a de chances de s'en sortir avec des séquelles peu ou pas importantes et aura des chances de quitter l'hôpital plus rapidement.

Certes, cette compétence, en tout cas en ce qui concerne les normes architecturales, a entre-temps été transférée aux entités fédérées. Je suis néanmoins d'avis que le niveau fédéral doit garder un rôle d'impulsion par rapport à un changement à opérer. Il doit voir ces investissements comme de réels investissements dans notre système de soins de santé, dans le sens où plus on prend en charge ces enfants de manière adéquate, plus on sera en mesure de réduire nos dépenses dans les soins curatifs. Il s'agit donc d'une solution qui serait beaucoup plus intéressante que d'obliger les hôpitaux à faire preuve de créativité, comme on le fait malheureusement beaucoup trop aujourd'hui. Les hôpitaux en ont marre de faire preuve de créativité, ils ont besoin d'être soutenus dans des solutions structurelles, qui sont en effet multiples: il faut agir au niveau de la formation, des congés parentaux, etc. Mais on aura beau mettre en place toutes ces mesures dont on est – soit dit en passant – très loin, notamment pour ce qui concerne les congés parentaux, il faut néanmoins un minimum de place pour permettre aux parents, qui pourraient bénéficier de congés, de tenir des semaines, voire des mois dans des espaces aujourd'hui beaucoup trop exigus. Il faut leur permettre d'entretenir un contact adéquat avec leur enfant qui est, je tiens à le rappeler, entre la vie et la mort.

J'espère sincèrement que tant le niveau fédéral que les entités fédérées prendront ce problème à bras-le-corps comme il le mérite.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les barèmes IFIC pour le personnel infirmier" (55033696C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les barèmes IFIC pour le personnel infirmier" (55033750C)
14 Samengevoegde vragen van
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IFIC-barema's voor verpleegkundigen" (55033696C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IFIC-barema's voor verpleegkundigen" (55033750C)

14.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre, à l'heure où nous manquons cruellement de personnel soignant et alors qu'ils réclament la reconnaissance et la valorisation de leur profession depuis maintenant des années, les hôpitaux doivent faire preuve d'originalité pour pouvoir recruter de nouveaux infirmiers spécialisés.*

C'est en effet le triste constat qui m'a été rapporté lors de ma visite d'un hôpital bruxellois en ce mois de janvier 2023: occupant le même rang (IFIC 14) que les infirmiers en soins généraux, moins d'infirmiers spécialisés sortent des écoles mais surtout un grand nombre d'entre eux préfèrent se diriger vers le privé ou choisissent le lieu où ils pourront obtenir le salaire le plus important.

Face à cela, certains hôpitaux engagent des infirmiers spécialisés – notamment pédiatriques – sous le barème IFIC15 afin d'attirer davantage de candidats, et cela alors même que les infirmiers déjà en place sont rémunérés sous le barème IFIC14 pour le même diplôme.

Résultat d'un manque cruel de valorisation du métier et en particulier des infirmiers spécialisés, ces prises de décisions mènent vers des jalousies, révoltes et démissions.

D'où mes questions Monsieur le Ministre:
• Que pensez-vous de cette nouvelle pratique mise en place par certains hôpitaux afin de recruter du personnel à tout prix et de pallier les effets de votre réforme de l'IFIC? En aviez-vous connaissance? Quel suivi comptez-vous apporter à ce phénomène?
• En décembre dernier, vous aviez évoqué que "l'IFIC met l'accent sur les tâches exercées et sur le contenu de la fonction pour déterminer la rémunération à laquelle le travailleur a droit". Pensez-vous, de ce fait, que des infirmiers spécialisés – par exemple en pédiatrie ou en gériatrie – ont les mêmes tâches qu'un infirmier général? La singularité des patients qu'ils traitent n'amène-t-elle pas, justement, une singularisation des tâches qu'ils effectuent au sein de leur travail? Pensez-vous qu'un enfant ou une personne âgée n'a pas de besoins spécifiques par rapport à un patient "classique"?
• Vous aviez également évoqué que la classification sectorielle IFIC fait l'objet d'un entretien permanent chaque année. Pourriez-vous nous en dire plus? Une évaluation est-elle actuellement en cours ou le sera t-elle prochainement?
• Pensez-vous que le complément que vous octroyez pour certaines spécialisations soit suffisant pour pallier le malaise ressenti par les infirmiers spécialisés restant en IFIC14? Avez-vous pu rencontrer, ou du moins en discuter directement avec les associations représentatives de ce secteur?

Monsieur le Ministre, à l'heure où nous manquons cruellement de personnel soignant et alors qu'ils réclament la valorisation de leur profession depuis des années, les hôpitaux doivent faire preuve d'originalité pour pouvoir recruter de nouveaux infirmiers spécialisés.

C'est en effet le triste constat qui m'a été rapporté lors de ma visite d'un hôpital bruxellois en ce mois de janvier 2023: occupant le même rang que les infirmiers en soins généraux (IFIC 14), de moins en moins d'infirmiers spécialisés sortent des écoles. On observe également qu'un grand nombre d'entre eux préfèrent se diriger vers le secteur privé ou choisissent leur lieu de travail en fonction de la meilleure offre de salaire.

Face à cela, certains hôpitaux engagent des infirmiers spécialisés – notamment pédiatriques – sous le barème IFIC15 afin d'attirer davantage de candidats, et cela alors même que les infirmiers déjà en place sont rémunérés sous le barème IFIC14 pour le même diplôme.

Résultat d'un manque cruel de valorisation du métier et en particulier des infirmiers spécialisés, ces prises de décisions mènent vers des jalousies, révoltes et démissions.

D'où mes questions Monsieur le Ministre:
• Que pensez-vous de cette nouvelle pratique mise en place par certains hôpitaux afin de recruter du personnel à tout prix et de pallier les effets de votre réforme de l'IFIC? En aviez-vous connaissance? Quel suivi comptez-vous apporter à ce phénomène?
• En décembre dernier, vous aviez évoqué que "l'IFIC met l'accent sur les tâches exercées et sur le contenu de la fonction pour déterminer la rémunération à laquelle le travailleur a droit". Pensez-vous, de ce fait, que des infirmiers spécialisés – par exemple en pédiatrie ou en gériatrie – ont les mêmes tâches qu'un infirmier général? La singularité des patients qu'ils traitent n'amène-t-elle pas, justement, une singularisation des tâches qu'ils effectuent au sein de leur travail? Pensez-vous qu'un enfant ou une personne âgée n'a pas de besoins spécifiques par rapport à un patient "classique"?
• Vous aviez également évoqué que la classification sectorielle IFIC fait l'objet d'un entretien permanent chaque année. Pourriez-vous nous en dire plus? Une évaluation est-elle actuellement en cours ou le sera t-elle prochainement?
• Pensez-vous que le complément que vous octroyez pour certaines spécialisations soit suffisant pour pallier le malaise ressenti par les infirmiers spécialisés restant en IFIC14? Avez-vous pu rencontrer, ou du moins en discuter directement avec les associations représentatives de ce secteur?

14.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Rohonyi, pour répondre à votre première question, je suis conscient de l'existence de cette pratique et j'en ai informé l'ASBL IFIC. Il est techniquement possible que des hôpitaux attribuent la catégorie IFIC 15, par exemple, à des infirmiers en soins intensifs pédiatriques ou à des infirmiers référents. En dehors de ces cas particuliers, la même fonction IFIC doit être attribuée aux travailleurs exerçant une même fonction. La catégorie IFIC détermine le barème sectoriel minimum d'application et le forfait IFIC de financement pour l'employeur. En même temps, il est toujours loisible à ce dernier de verser au travailleur au niveau local une rémunération supérieure au minimum sectoriel prévu.

Pour votre deuxième question, l'IFIC reconnaît la spécificité des fonctions d'infirmier spécialisé. C'est pour cette raison qu'il existe des descriptions distinctes pour ceux qui le sont en pédiatrie et en gériatrie. Bien que soit reconnue la spécificité de leur public et du contexte associé respectif, ce sont les tâches et les actes qui sont pondérés dans l'IFIC. À partir des six critères sur lesquels s'appuie le système IFIC et sur la base desquels les axes sont pondérés, ces fonctions ont été classées en catégorie 14. Pour ce faire, l'IFIC décrit la situation telle qu'elle existe.

Actuellement, dans un service de soins gériatriques, par exemple, les infirmiers ayant jusqu'à quatre niveaux de formation peuvent exercer la même fonction et accomplir les mêmes tâches. Il s'agit aussi bien d'infirmiers que d'infirmiers généralisés. Puisqu'ils exercent le même métier auprès d'un public identique, l'IFIC ne peut logiquement produire qu'une seule description de fonction. Il est à constater que la description de fonction d'infirmier en gériatrie ne décrit pas les aspects de spécialisation, mais les tâches générales communes remplies dans ce service. L'IFIC n'a pas vocation à réécrire les descriptions de fonction, mais doit partir de la situation telle qu'elle existe et pondérer sur la base des informations reçues.

S'agissant de votre troisième question, la procédure d'entretien débutée en 2019 vise à prendre en compte l'évolution fonctionnelle et/ou juridique des métiers. Cependant, tout entretien ne conduit pas nécessairement à une augmentation de catégorie IFIC. La fonction d'infirmier en pédiatrie, par exemple, a ainsi fait l'objet d'un entretien récent. Les tâches et la pondération ont été revérifiées et validées par les partenaires sociaux.

J'en viens à votre quatrième question. Le complément de spécialisation s'inscrit dans le cadre de la valorisation d'une connaissance spécialisée utilisée dans le travail effectif des infirmiers agréés pour un titre ou une qualification. La spécialisation est importante pour la qualité des soins. Une certaine valorisation d'une connaissance spécialisée est à sa place. C'est pour cette raison que le gouvernement a introduit le complément de spécialisation à ma demande.

En outre, j'ai demandé un avis au Conseil fédéral de l'art infirmier et à la Commission Technique de l'Art infirmier sur l'échelle des soins dans son ensemble. La place des spécialisations y sera également abordée. À la suite de cet avis rendu, il devra être examiné dans quelle mesure des modifications

seraient nécessaires, souhaitées et possibles.

14.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour avoir rappelé les pratiques qui peuvent être acceptées ou non dans les différents hôpitaux par rapport à l'application du barème et au fait d'accorder des salaires supérieurs. Cette pratique, si elle est légale et réglementaire, n'en demeure pas moins très difficile à accepter pour les infirmiers qui n'en bénéficient pas alors qu'ils sont spécialisés, qu'ils fournissent des soins complexes et qui nécessitent une expertise et une formation qui aujourd'hui ne sont pas reconnues.

J'entends le travail qui a été réalisé au niveau des différents groupes de travail pour renforcer l'attractivité du métier. J'entends aussi le complément de spécialisation mais cela n'équivaut en rien à une vraie reconnaissance de certaines spécialités qui, force est de constater, restent aujourd'hui sur le carreau. Je me dois donc de répéter que ces barèmes restent injustes pour les infirmiers spécialisés lésés. En outre, ce qui doit nous sensibiliser toutes et tous indépendamment de notre couleur politique, c'est le fait qu'ils menacent la qualité des soins qui sont pourtant cruciaux pour la survie des patients. Les soins, qu'ils soient pédiatriques, gériatriques ou oncologiques, peuvent être vitaux pour les patients concernés.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 Vraag van Wouter Beke aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtpost in Beringen" (55033735C)
15 Question de Wouter Beke à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le poste de garde de médecine générale de Beringen" (55033735C)

15.01 **Wouter Beke** (cd&v): Mevrouw de voorzitster, mijnheer de minister, wij hebben begin 2023 over dit onderwerp gesproken, omdat het RIZIV wachtposten in gebieden met minder dan 200.000 inwoners verplicht samen te werken, terwijl huisartsen net dicht bij de mensen zouden moeten staan.

Ik heb u toen tijdens de plenaire vergadering gevraagd om de beslissing over de huisartsenwachtposten te herbekijken. In plaats van ’s nachts een huisarts in de wachtpost van Beringen te kunnen raadplegen, zouden mensen anders vanaf 1 april 2023, dus binnenkort, daarvoor naar Hasselt moeten gaan. Dat is 35 km verder of minstens drie kwartier rijden. Onderweg zullen de betrokkenen dus vaak minstens één spoeddienst passeren vooraleer bij de huisarts van wacht aan te komen. Het kan volgens mij niet de bedoeling zijn om de druk op de spoeddiensten te verhogen.

U hebt toen tijdens de plenaire vergadering het probleem erkend, waarvoor ik u dank. U hebt ook aangegeven dat de beslissing tot stand is gekomen in de Medicomut en dat u aan het RIZIV zou vragen om de beslissing te herbekijken. U was van mening dat een en ander moest worden herbekeken. U wilde laten nagaan wat voor West-Limburg de beste optie is, vandaar mijn vragen, mijnheer de minister.

Wat is de stand van zaken wat die evaluatie betreft? Heeft het RIZIV al met de Medicomut samengezeten om de beslissing te herbekijken? Wat is er beslist?

Zullen de mensen vanaf 1 april 2023 ’s nachts effectief naar Hasselt moeten gaan in plaats een huisarts in de wachtpost van Beringen te kunnen blijven consulteren?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer Beke, het betreft inderdaad een belangrijke vraag, omdat we op dit ogenblik bijkomende middelen investeren in de versterking van de huisartsenwachtposten, niet enkel tijdens het weekend, maar ook tijdens de week. Die bijkomende investeringen moeten vanzelfsprekend zo doelmatig mogelijk gebeuren, in het belang van de patiënten, maar ook in het belang van de huisartsen. Dat vraagt ook het nodige overleg.

We moeten echter ook een misverstand vermijden. Het klopt niet dat we een bestaande huisartsenwachtactiviteit plotseling verplichten zichzelf te rationaliseren, laat staan dat we een besparing zouden opleggen. Het gaat over een nieuwe en bijkomende ontwikkeling, ter ondersteuning van wachten tijdens de week. Het gaat dus niet over het weekend. Het gaat over wachten tijdens de

week. Het betreft een nieuwe en bijkomende ontwikkeling, waarin we bijkomend investeren.

Ik maak de zaak concreter. Sinds 2023 kunnen alle huisartsenwachtposten die dat wensen, weekwachten organiseren met bijkomende financiering door het RIZIV.

Dat is een belangrijke uitbreiding van de collectief georganiseerde wachten, naast de gekende weekendwachten. Concreet krijgen huisartsen voor het collectief organiseren van de wacht tussen 18 en 8 uur op maandag, dinsdag, woensdag en donderdag steun van het RIZIV voor onder meer onthaalmedewerkers en wagens met chauffeur. Dat is een cruciale stap vooruit, want tot nog toe bestonden dergelijke weekwachten enkel in een aantal huisartsenwachtposten,als onderdeel van de proefprojecten die gestart waren in maart 2020.

Sinds dit jaar kunnen dus alle wachtposten die dat wensen een weekwacht uitrollen. Daarvoor is sinds dit jaar een budget van 7,3 miljoen euro vrijgemaakt, waarvan nu al aanvragen ten belope van 4,4 miljoen euro zijn toegewezen. Dat is ongeveer een verdubbeling tegenover 2022, toen 2,5 miljoen gebruikt werd. In 2020 was het nog maar 1,5 miljoen. Ik denk dat de organisatie van die weekwachten goed nieuws is voor de artsen, want door die collectieve aanpak moeten ze individueel minder wachten doen. Het is ook goed nieuws voor patiënten, die zo weten waar ze tijdens de week ’s avonds en ’s nachts terechtkunnen.

Die organisatie, die nu structureel uitgerold wordt, is gebaseerd op een ruim overleg en een akkoord in de nationale commissie artsen-ziekenfondsen, die er eind 2022 groen licht voor gaf. De nationale commissie was van oordeel dat men in de zogenaamde diepe nacht, dat is van 23 tot 8 uur, in sommige gevallen moet samenwerken. Dat besluit kwam voort uit de ervaring met de proefprojecten en was ingegeven door een bekommernis om de beschikbare middelen doelmatig te gebruiken. Concreet wordt de financiering van een onthaalbediende tijdens de diepe nacht in de week afhankelijk van criteria gebaseerd op het aantal inwoners, de oppervlakte van het te bedienen werkingsgebied, de bevolkingsdichtheid, het aantal artsen per 100.000 inwoners, de aanwezigheid van het systeem 1733 en ten slotte de aanwezigheid van een wachtpost in de nabijheid van een ziekenhuis en de nabijheid van een naburige wachtpost die ook een weekwacht heeft. Als de afstand tussen die twee wachtposten kleiner is dan 25 kilometer, moet er worden samengewerkt met het oog op een rationeel gebruik van de middelen.

Het is dus een puntensysteem. Als de wachtpost onvoldoende punten behaalt, wordt een samenwerking met een nabijgelegen wachtpost voorgesteld tijdens de diepe nacht tijdens de week. De argumenten daarvoor zijn, ten eerste, het kleinere aantal patiëntencontacten tijdens de diepe nacht en, ten tweede, de vereiste aanwezigheid van een onthaalmedewerker voor het openhouden van een wachtpost, ook voor een klein aantal patiënten.

Ten derde wordt er parallel ingezet op mobiele artsen die een wagen met chauffeur ter beschikking krijgen om huisbezoeken te doen, ook tijdens de diepe nacht.

Ten vierde is het voor een evenwichtige werklast te verkiezen dat de huisartsen tijdens de diepe nacht samenwerken, zodat zij individueel minder van die wachten moeten doen.

Ten vijfde zijn de nodige budgetten vrijgemaakt en werd een stappenplan opgesteld om alle huisartsenwachtposten te kunnen laten aansluiten op 1733, fase 2. Dat betekent dus dat een voorafgaande triage mogelijk is, waardoor het aantal onnodige contacten in een huisartsenwachtpost afneemt, ook tijdens de diepe nacht.

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.
Présidente: Gitta Vanpeborgh.

Dat brengt mij bij het concrete punt dat u aansnijdt. De wachtpost Beringen had een weekwacht in een proefprojectfase. Die was zowel ’s avonds als tijdens de diepe nacht open. Dat was een van de pilootprojecten om te kijken hoe het loopt. Dat was nieuw. Dat bestond niet vóór 2020. Die wachtpost diende zelf een project in voor samenwerking met de wachtpost van Hasselt in het kader van het structureel uitrollen van de weekwacht. Ik vind dat lovenswaardig.

Daarbij was de wachtpost Beringen op de hoogte van de criteria voor samenwerking tijdens de diepe

nacht. Men moet dus niet zeggen dat men plots verplicht wordt om iets te doen. Men heeft zich aangesloten bij een nieuwe ontwikkeling, waarin we veel extra geld steken. Bij die nieuwe ontwikkeling horen voorwaarden, op basis van de ervaringen met de pilootprojecten. Zo worden er voor de diepe nacht inderdaad geen twee onthaalmedewerkers, één voor de wachtpost Beringen en één voor de wachtpost Hasselt, gefinancierd door het RIZIV, maar slechts één, waarbij ervoor geopteerd werd om de wachtpost in Hasselt open te houden tijdens de diepe nacht en de wachtpost van Beringen niet.

Ik voeg daaraan toe dat Hasselt en Beringen voor de weekwacht ook twee wagens met chauffeur gefinancierd krijgen, zodat artsen van wacht op huisbezoek kunnen gaan bij patiënten die zich moeilijk kunnen verplaatsen. Voor alle duidelijkheid, tijdens het weekend worden zowel Hasselt als Beringen gefinancierd voor een volledige opening, ook tijdens de diepe nacht. Er mag dus geen verwarring zijn tussen wat gebeurt tijdens het weekend en wat nu bijkomend mogelijk wordt gemaakt tijdens weekdagen.

De nationale commissie artsen-ziekenfondsen plant een evaluatie van de weekwachten begin 2024, op een moment dat al enige ervaring opgedaan zal zijn en een evaluatie zinvol wordt. Voor mij is het evident dat nagegaan wordt of er voldoende rekening gehouden is met de nabijheid voor de patiënt, of de criteria voldoende aangepast zijn, zowel aan een landelijke als een stedelijke context, of er geen ongewenste verschuiving ontstaat naar spoeddiensten en ook wat de werklast is tijdens de diepe nacht. Het is essentieel dat men een performante medische wachtdienst kan aanbieden aan iedereen. Het kan alleszins niet de bedoeling zijn dat patiënten te lang moeten rijden of dat ze ervoor kiezen om naar de spoeddienst te gaan. Op basis van de evaluatie kan dus desgewenst worden bijgestuurd. We verwachten de evaluatie begin 2024, wat relatief spoedig is.

Ik begrijp dat de overstap vanuit het pilootproject, waarin Beringen volledig werd ondersteund, naar de opsplitsing nu, moeilijk ligt in Beringen, Leopoldsburg en de omliggende gemeenten. Ik heb daarom op uw eerste vraag in het halfrond hier geantwoord dat ik de situatie zou laten bekijken. Ik heb dat intussen gedaan en ik heb er ook over nagedacht. Met betrekking tot de algemene criteria die de nationale commissie artsen-ziekenfondsen opgesteld heeft, is het beter om de evaluatie van begin 2024 af te wachten. Als we de algemene criteria immers herzien en we bijvoorbeeld die 25 km verminderen, moeten we dat in het hele land zo doen.

Ik ben echter ook niet blind voor de teleurstelling die optreedt en doof voor de kritische bedenkingen over het pilootproject. Ik stel dan ook voor dat mijn beleidscel contact opneemt met de betrokken huisartsen voor een overleg om te onderzoeken of er alternatieven mogelijk zijn binnen de voorziene financiering door het RIZIV en rekening houdend met de lokale context. Ik denk bijvoorbeeld aan de inzet van de gefinancierde onthaalmedewerkers tijdens de diepe nacht in Beringen, in plaats van Hasselt. In Hasselt is de wachtpost immers gesitueerd bij het ziekenhuis. Men zou kunnen kijken of een verdere samenwerking mogelijk is met het onthaal van de spoeddienst. Ik denk ook aan een scenario waarbij de onthaalmedewerker in Hasselt voor patiënten die dichter bij de wachtpost in Beringen wonen een raadpleging op afspraak regelt in de wachtpost van Beringen met een arts die daar aanwezig kan zijn, of met een van de mobiele artsen die tijd zou hebben om een raadpleging te doen in de wachtpost. Het betreft hier uiteraard slechts suggesties, die ik wil laten meenemen naar het overleg met de betrokken huisartsen.

Ik beklemtoon dat dit een bijkomende investering is in de huisartsenpraktijk. Er is beslist tot een structurele uitrol, met criteria die evenwel teleurstellend uitdraaien voor Beringen, ten opzichte van het pilootproject. De vraag is of dat goed is. In afwachting van de evaluatie, die er al snel aankomt, wil ik via overleg bekijken hoe er in Beringen en Hasselt een optimalisatie kan komen van wat er nu loopt, met een beetje meer flexibiliteit. Ik stel voor dat daarover meteen overleg wordt gepleegd. Begin 2024 kan dan worden bekeken of ook de algemene criteria moeten worden aangepast.

15.03 **Wouter Beke** (cd&v): Alvast dank voor uw antwoord, mijnheer de minister. Door te werken via een pilootproject en daarin het voortouw te nemen, voelt men zich nu ietwat gepenaliseerd. Zo komt men noodgedwongen tot de regeling die vanaf 1 april zou ingaan. Het is een goede zaak dat u zich bereid toont tot overleg en wilt bekijken of er tijdelijk, namelijk tot de evaluatie in 2024, iets kan worden gedaan. Dat zou dan wel dringend moeten gebeuren.

De huisartsenwachtposten, zowel van Beringen, mijn eigen wachtpost, als van Herkenrode, de

huisartsenkring van Hasselt, hebben een brief gestuurd. U hebt die wellicht ook ontvangen. Zo niet, kan ik u die bezorgen. Ze werden geïnformeerd over de bijeenkomst van de commissie artsen-ziekenfondsen van 30 januari. Ik citeer uit de brief: “Het is een goed begin, maar onvoldoende.” Men hekelt onder meer het ontdubbelen van het onthaal met strikte afkappingscijfers, in plaats van een vergoeding die evenredig is met het aantal contacten. De vergoeding waarin wordt voorzien, is te laag en volstaat niet om de inzet van personeel in het weekend en op feestdagen te kunnen betalen en bijkomende telefonische oproepen te kunnen ontvangen. Bellers moeten geduld oefenen, met wachttijden die oplopen van 20 minuten tot 1 uur. De patiënt haakt dan uiteraard vroegtijdig af. Dat mensen zo lang moeten wachten, kan niet uw bedoeling zijn met deze hervorming.

De nabijheid in de eerste lijn, die we allemaal willen creëren, mag niet leiden tot meer afstand.

Het is eveneens belangrijk dat de criteria geëvalueerd worden. Inwonersaantallen zijn immers een belangrijk criterium, net als kilometers en reële afstand in minuten. Als men namelijk 25 km op een snelweg kan rijden, is dat van een andere orde dan wanneer men 25 km met een snelheid van 50 km per uur moet rijden. Dan zijn de minuten, die uiteraard tellen, wel van bijzonder groot belang.

Ik hoop dus dat het overleg waarnaar u verwijst dringend kan plaatsvinden. Zo kan men voor 1 april – het moment waarop de nieuwe regeling in werking zou treden – goed weten hoe het zit. Het gaat ook niet over bijzonder grote budgetten, in vergelijking met andere budgetten. In afwachting van de evaluatie die u in het vooruitzicht hebt gesteld, moet men met voldoende capaciteit kunnen werken om wat men in die regio met vallen en opstaan heeft opgezet, te kunnen behouden en in de toekomst te versterken.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

16 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La popularité des substituts à la cigarette auprès des jeunes" (55033748C)
16 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De populariteit bij jongeren van surrogaten van de sigaret" (55033748C)

16.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le Ministre, s’il y a de moins en moins de fumeurs en Belgique en 2022, cela n’est pas dû au hasard: les jeunes jettent de plus en plus leur dévolu sur d’autres substances addictives, à l’instar des cigarettes électroniques et des puffs. En effet, en juin dernier, d’après un sondage réalisé par le service prévention tabac du Fonds des affections respiratoires, près d’un quart des sondés disaient consommer des puffs.*

Bien que les substituts à la cigarette puissent être bénéfiques dans un contexte de sevrage, le danger de cette hausse de consommation est de créer une nouvelle addiction en remplaçant la cigarette.

En plus d’un impact néfaste sur l’environnement puisqu’ils contiennent de grande quantités de plastiques à usage unique ainsi qu’une batterie au lithium, les puffs et autres substituts à la cigarette présenteraient des effets potentiellement néfastes pour la santé, comme sur la mémoire et le système nerveux.

D’où mes questions, Monsieur le Ministre:
• Confirmez-vous cette baisse de fumeurs proportionnelle à la hausse de consommateurs de substituts à la cigarette en Belgique? Dans l’affirmative, disposez de chiffres précis? Les jeunes sont-ils réellement plus impactés?
• Disposez-vous également de données sur les possibles conséquences que pourraient avoir à court, moyen et long terme ces substituts sur la santé des consommateurs, et en particulier des jeunes?
• Quel suivi comptez-vous apporter à ce phénomène? Des discussions ont-elles été initiées ou le seront-elles bientôt au sein du gouvernement? Si oui, avec qui et selon quel calendrier?
• Comment l’intégration de ce phénomène se fera-t-elle concrètement dans votre stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération? Quelles mesures concrètes seront-elles prises?
• En septembre dernier, vous évoquiez travailler, en collaboration avec les services de la ministre Khattabi, sur une procédure distincte de notification aux autorités en vue de l’instauration d’une

interdiction de la cigarette électronique. Pourriez-vous nous en dire plus? Où en sont vos travaux actuellement?
• Dans votre note de politique générale vous avez affirmé élaborer "en coordination avec le ministre des Finances, une proposition visant à prévoir une augmentation significative des droits d'accises sur les cigarettes et le tabac à rouler, ainsi que sur les cigarettes électroniques". Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est actuellement? Cette augmentation des droits d'accises portera-t-elle également sur les autres substituts à la cigarette tels que le tabac à chiquer et les puffs?

16.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Rohonyi, en ce qui concerne l'influence de l'usage de substituts à la cigarette sur la baisse du nombre de fumeurs, je commencerai par rappeler que les experts ont clairement établi que les substituts au tabac sont efficaces en cas de volonté d'arrêt de consommation de tabac. Ils permettent en général à un fumeur sur quatorze traité de se désaccoutumer. Se référant à des études sur de longues périodes, 17 % des fumeurs recrutés pour se voir administrer un substitut avaient effectivement renoncé au tabac, contre 10 % dans le groupe de contrôle.

En ce qui concerne votre question relative aux jeunes, il n'y a pas de chiffres officiels belges récents en la matière. Pour pouvoir faire des comparaisons correctes, il faut attendre les résultats de l'enquête de santé de Sciensano. La septième enquête de santé a débuté en janvier 2023, le travail de terrain se poursuivra jusqu'en décembre 2023, et les données collectées seront analysées en 2024. Nous publierons les premiers résultats d'ici la fin de l'année. Il y a lieu toutefois de noter que ce n'est pas parce que deux tendances sont observées en même temps qu'il existe un lien de causalité entre les deux, même s'il est vrai que l'utilisation de cigarettes électroniques jetables est surtout populaire chez les jeunes.

Concernant l'effet des substituts sur la santé des jeunes consommateurs, la nicotine crée une dépendance et a des conséquences surtout chez les jeunes dont le cerveau est encore en développement. Les jeunes sont très sensibles à la dépendance et les effets addictifs de la nicotine s'installent également très rapidement. Même s'il semble que l'utilisation de cigarettes électroniques peut présenter un risque de passage à l'usage de produits du tabac, il n'y a toutefois pas de consensus à ce sujet. Au-delà de la nicotine, les liquides utilisés dans les cigarettes électroniques contiennent également d'autres ingrédients dont l'effet à long terme n'est pas connu pour nombre d'entre eux. Le plan Tabac prévoit l'élaboration d'une réglementation détaillée des additifs composant les e-liquides sur la base des recommandations publiées par le Conseil Supérieur de la Santé dans son avis de juin 2022.

Cependant, il convient de noter que cette question est très complexe et malheureusement peu documentée. Mon administration, en collaboration avec Sciensano, espère tout de même aboutir à la proposition d'un arrêté ministériel basé sur l'arrêté royal du 28 octobre 2016, reprenant une liste positive ou une liste négative, ou une combinaison de liste positive et négative, d'additifs autorisés et/ou interdits, en 2026.

Concernant vos autres questions, je vous rappelle que j'ai clairement l'intention d'interdire les cigarettes électroniques jetables. Mes services avaient inclus une telle interdiction dans la proposition de modification de l'arrêté royal du 28 octobre 2016 réglementant la commercialisation des cigarettes électroniques. La Commission européenne a noté qu'une interdiction d'une certaine catégorie de produits dans un État membre n'était possible que pour des raisons liées à la situation spécifique de ce pays. Une procédure distincte est prévue à cet effet. Mes services, en collaboration avec les services de ma consœur ministre de l'Environnement, ont constitué un dossier pour justifier l'interdiction des cigarettes électroniques jetables. Celui-ci a été soumis à la Commission européenne. Nous attendons un avis à ce sujet au plus tard le 9 juin. Lorsque la Commission donnera son feu vert à cette interdiction, nous pourrons poursuivre rapidement la procédure de mise en œuvre.

Enfin, concernant la question des accises, l'introduction d'un droit d'accises sur les e-liquides est prévue. Les services compétents du département fédéral des Finances le prépare. La date prédéterminée est le 1er janvier 2024. Si la cigarette électronique jetable peut être interdite, il n'est pas nécessaire d'introduire des accises sur ces produits. Pour plus de détails, je vous renvoie aux services de mon collègue des Finances.

16.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est vrai que les cigarettes électroniques ont fait un bon auprès des consommateurs et en particulier des jeunes, ces dernières années. Cela nous avait poussés à organiser des auditions sur ce thème au sein de cette commission de la Santé publique en 2020. À l'époque, on ne savait pas grand-chose sur ces cigarettes électroniques et sur leur impact sur la santé. Aujourd'hui, on en sait beaucoup plus malgré les études qui doivent encore être réalisées. Je tiens ici à citer une recherche très récente publiée dans le *Nicotine & Tobacco Research* et qui établit que les dommages causés à l'ADN sont aussi élevés chez les fumeurs que chez les vapoteurs, surtout chez les jeunes. Il en ressort très clairement qu'il est plus que temps d'inclure les cigarettes électroniques dans votre plan Tabac visant une génération sans tabac puisque les jeunes utilisent ces cigarettes électroniques non pas en vue d'arrêter de fumer, comme cela devrait être l'objectif, mais en vue de s'initier à la pratique de la cigarette. C'est là le véritable problème aujourd'hui.

Je partage votre objectif à long terme et votre idéal d'interdire purement et simplement à terme ces cigarettes. Comme vous l'avez expliqué, nous sommes toutefois confrontés à un obstacle au niveau européen. Je suis vraiment très heureuse que votre gouvernement ait pris les devants pour répondre à l'objection soulevée par la Commission européenne pour laquelle un dossier a été constitué et à laquelle il a été soumis.

J'entends qu'un avis est attendu pour le mois de juin de cette année et qu'un autre avis a été sollicité auprès de Sciensano sur les effets à court et long terme de ces cigarettes électroniques. Cependant, je pense que nous ne pouvons pas rester les bras ballants en attendant ces deux avis importants. Nous devons pouvoir prendre les mesures qui s'imposent avant la fin de cette année, notamment afin de faire en sorte que la cigarette électronique soit considérée comme un produit similaire aux produits à base de tabac.

L'idée est de mettre la cigarette classique et la cigarette électronique sur le même pied pour ce qui concerne l'interdiction de la publicité, la réglementation de la vente et les espaces où elles sont interdites. Aujourd'hui, on voit qu'elles sont partout, dans les bars et les restaurants. Ces cigarettes sont brandies à la vue de tous et en particulier à celles des jeunes, ce qui suscite leur intérêt. Cela peut avoir un effet incitatif sans compter ceux très peu connus du vapotage passif. Les études doivent insister sur ce volet fondamental tout comme sur celui de l'emballage neutre, la liste négative ou positive des produits. Pour les mesures fiscales, j'interpellerai votre collègue le ministre des Finances. Enfin, nous devons faire diminuer le nombre d'arômes pour réduire leur attrait auprès des jeunes car c'est clairement incitatif et addictif.

Monsieur le ministre, je ne manquerai pas de revenir vers vous dans les prochains mois, dès que nous aurons reçu les deux avis que vous avez cités.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le droit à l'oubli pour les personnes atteintes de sclérose en plaques" (55033751C)
17 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "MS-patiënten en het recht om vergeten te worden" (55033751C)

Président: Robby De Caluwé.
Voorzitter: Robby De Caluwé.

17.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le Ministre,*

Les personnes présentant une pathologie chronique se voient toujours infliger des surprimes d'assurance pour couvrir le solde restant dû, principalement dans le cadre de crédits hypothécaires.

C'est le cas de la sclérose en plaques (ci-après SEP), et cela bien qu'elle ne constitue pas une maladie

mortelle et qu'elle soit aujourd'hui traitée par diverses approches médicales et thérapeutiques.

Fort heureusement, une loi du « droit à l'oubli » initiée par le Cabinet de l'ex-Ministre Peeters a été votée par le précédent gouvernement et permet aux souscrivants d'une assurance « solde restant dû », de ne plus faire état d'une maladie dans le dossier médical quand cette maladie est "sous contrôle"/stabilisée, c'est-à-dire soit parce que ces personnes sont guéries, soit parce que leur état est stabilisé.

Le problème est que la SEP est exclue de cette suppression de surprime, et ce alors qu'une personne atteinte de la SEP peut parfaitement, elle aussi, travailler et garantir des revenus stables.

Autrement dit, une tarification différenciée des assureurs est toujours appliquée à leur égard, ce qui est vécu comme une véritable injustice.

Si la question a été entendue par le monde politique à plusieurs reprises, la mise en application de cette loi pour les personnes atteintes de cette maladie n'est toujours pas concrétisée.

D'où mes questions, Monsieur le Ministre:

•Aviez-vous connaissance de cette discrimination vécue par les personnes atteintes de SEP? Dans l'affirmative, des discussions sont-elles en cours au sein du gouvernement à cet égard ou le seront-elles bientôt? Si oui, avec qui et selon quel calendrier? Dans la négative, quel suivi comptez-vous apporter à ce sujet?

•Selon la Ligue Belge de Sclérose en plaques, le KCE serait aujourd'hui en charge de remettre des propositions au gouvernement à ce sujet depuis plus d'un an. Le confirmez-vous? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous dire où en sont les travaux du KCE?

17.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Dans le cadre de la législation sur le droit à l'oubli pour certaines assurances, la mission de recherche du KCE est de proposer tous les deux ans une éventuelle mise à jour des grilles de référence associées à cette législation et précisées dans un arrêté royal.

Dans le cadre de cette mission, le KCE a publié une première proposition concernant une éventuelle actualisation des grilles de référence pour certains types de cancers du sein, publiée au printemps 2022. Le KCE mène actuellement une étude sur une éventuelle inclusion du diabète de type 1.

Afin d'assurer la continuité des sujets de recherche, le KCE a organisé une première procédure de sélection en 2021 au cours de laquelle une priorisation des futurs sujets d'étude a été effectuée selon des critères de sélection bien définis.

Sur cette base, une liste de 12 sujets d'étude qui pourraient faire partie du programme de travail du KCE a été établie. Elle inclut aussi plusieurs maladies chroniques: le VIH, la mucoviscidose, la sclérose en plaque et une liste de 11 sujets qui n'ont pas été classés par ordre de priorité.

Les sujets classés seront systématiquement analysés en fonction de leur ordre de priorité et du temps nécessaire pour finaliser l'étude en tenant compte des ressources disponibles du KCE.

Comme le stipule la législation, le KCE vise à formuler des propositions qui se basent sur des données scientifiques disponibles et qui sont objectivement et raisonnablement justifiées du point de vue médical et de celui des assurances. Cela nécessite un certain temps pour établir la méthodologie appropriée, collecter les données, consulter la littérature, mettre en place une coopération externe ou internationale si nécessaire. Cette méthodologie peut aussi varier d'une étude à l'autre.

Dans le programme de travail du KCE, il est prévu qu'après l'étude sur le diabète de type 1, les trois premiers thèmes jugés prioritaires (le cancer de la thyroïde, le mélanome de type 1, le VIH) seront lancés en fonction du temps nécessaire pour achever chaque étude.

Par conséquent, le timing exact de l'étude relative à la sclérose en plaque ne peut pas encore être

déterminé. Sous réserve de modifications, un nouvel appel à propositions devrait être lancé à partir de 2024. Les sujets qui n'auront pas été retenu par la sélection actuelle devraient être à nouveau soumis. De nouvelles données peuvent être disponibles pour certains d'entre eux de sorte qu'ils peuvent faire l'objet d'une étude par le KCE. Ce dernier pourra également inclure à nouveau les propositions d'études priorisées qui n'ont pas pu être réalisées dans le programme de travail écoulé.

Lors du lancement du nouvel appel, le KCE contactera à ce propos les candidats des propositions d'études qui n'ont pas pu être traitées.

17.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse qui démontre qu'un travail de mise à jour est déjà réalisé par le KCE. Cela démontre d'ailleurs qu'on a beau voter des propositions de résolution pour élargir le droit à l'oubli à des maladies chroniques, à étendre ce droit à l'oubli – et d'ailleurs nous allons encore voter une proposition de résolution en ce sens ce jeudi –, nous ne faisons que demander des choses qui sont déjà entreprises.

Je pense donc qu'à un moment donné il faut du concret. Il faut aller de l'avant. Bien évidemment, c'est une excellente chose de faire en sorte que la sclérose en plaque puisse faire partie, à terme, de ces maladies chroniques qui soient concernées par le droit à l'oubli. Mais en attendant, ce sont des patients qui sont mis de côté. Ils se demandent à quelle sauce ils vont être mangés en ce qui concerne leurs assurances, ils ne connaissent pas leurs droits et sont clairement lésés. J'ose donc espérer, vraiment, que ce travail réalisé par le KCE va pouvoir aboutir à du concret pour tous ces patients.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55033754C van mevrouw Els Van Hoof wordt uitgesteld.

18 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maisons médicales au forfait et le paiement à l'acte" (55033782C)
18 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijkgezondheidscentra die met een forfait werken en de betaling per verstrekking" (55033782C)

18.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés):*Monsieur le ministre,*

L'article 15 §2 de l'arrêté royal du 23 avril 2013 portant exécution de l'article 52, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif aux maisons médicales prévoit que les dispensateurs qui ont fait le choix d'exercer au sein d'une maison médicale ne peuvent pas pratiquer à l'acte sauf dans des cas restrictifs (durant une période limitée après inscription du bénéficiaire, ainsi que dans 4 situations concernant des bénéficiaires non-inscrits après évaluation (pour des consultations dans un centre de planning familial; pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme et/ou de la toxicomanie; pour une consultation dans une maison d'accueil pour bénéficiaires maltraités; pour régler la situation particulière de bénéficiaires non-inscrits qui au cours de certaines périodes de l'année séjournent temporairement dans la zone géographique visée à l'article 21, 1°."

La liste des exceptions prévue dans l'arrêté royal ne couvre pas l'ensemble des situations pour lesquelles un paiement à l'acte pourrait être envisagé malgré le principe du paiement au forfait pour les activités dans une maison médicale. En effet, à titre d'exemple, on peut citer le cas – très fréquent sur le terrain – d'un médecin qui travaille à temps partiel dans une maison médicale au forfait: qu'en est-il pour son activité le reste du temps en dehors de la maison médicale?

Monsieur le Ministre, pourriez-vous m'éclairer quant au champ d'application de ce principe d'exclusion de paiement à l'acte? Existe-t-il des dérogations à ce principe en dehors des exceptions prévues à l'article 15§ 2 de l'Arrêté royal?

Au vu de la pénurie de médecins de première ligne, ne peut-on pas envisager qu'un médecin qui souhaite compléter sa pratique en dehors de la maison médicale, puisse également avoir une pratique

à l'acte dans une autre zone géographique que celle de la maison médicale au bénéfice d'une patientèle qui n'est pas inscrite dans une maison médicale?

18.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur le président, madame Fonck, l'interdiction de paiement à l'acte est réglementée dans l'arrêté royal du 23 avril 2013. Elle s'applique, en ce qui concerne la médecine générale, aux consultations et visites à domicile. En ce qui concerne les soins de kinésithérapie, elle s'applique à toute la nomenclature. Il en va de même pour les soins infirmiers.

Néanmoins, les dispensateurs de soins peuvent attester des prestations à l'acte au cours du mois civil de l'inscription d'un bénéficiaire puisque le forfait n'est versé qu'à partir du premier jour du mois qui suit l'inscription ou pendant une période non renouvelable de trois mois, si le bénéficiaire a opté pour une inscription avec option.

En ce qui concerne les patients non inscrits dans une maison médicale, une série d'exceptions existent également notamment dans le cadre de la participation d'un dispensateur de soins dans un service de garde organisé ou dans un service de garde à la porte d'un hôpital.

La commission forfait de l'INAMI est en train d'examiner comment formaliser la notion d'urgence médicale afin de pouvoir appliquer celle-ci de manière plus uniforme. Elle peut, en outre, accorder exceptionnellement, après un examen minutieux, des dérogations qui ont spécifiquement trait à quatre situations: pour des consultations dans un centre de planning familial, pour une consultation dans un centre qui s'occupe de prévention et/ou de traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, pour une consultation dans une maison d'accueil pour les bénéficiaires mal traités, pour régler la situation particulière des bénéficiaires non inscrits qui, au cours de certaines périodes de l'année, séjournent temporairement dans la zone géographique de la maison médicale.

En dehors du cadre des exceptions citées ci-dessus, il n'est pas prévu de lever à court terme cette interdiction de pratique à l'acte. Une nouvelle législation est actuellement élaborée pour inscrire les pratiques médicales multidisciplinaires de première ligne financées forfaitairement en tant qu'institutions à part entière dans l'assurance maladie.

Par ailleurs, nous poursuivrons, en 2023, en collaboration avec les instances de l'INAMI, les travaux d'optimisation du modèle de financement en premier lieu au moyen d'une étude du KCE.

18.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Vous me rappelez la réglementation en vigueur. Très bien, mais je pouvais la trouver.

Vous ne faites aucun signe d'ouverture, hormis les exceptions déjà prévues. Vous parlez de cet examen de la Commission "Forfaits" pour définir l'urgence médicale. Néanmoins, dans le fond, vous contournez – sans doute volontairement – la question précise que je vous ai posée. En effet, plusieurs médecins travaillent à temps partiel, non par choix, mais parce que cela correspond à l'organisation de la maison médicale. Or, dans plus de trois cents communes, on constate une pénurie non négligeable de médecins généralistes. En quoi serait-il difficile que l'un d'eux pratiquant à mi-temps dans la maison médicale d'une zone géographique bien définie puisse s'investir dans une autre? Je ne comprends pas très bien pourquoi ce cas de figure ne pourrait pas être examiné.

Comme la Commission "Forfaits" et le KCE vont, je l'espère, évoluer vers des adaptations législatives, il conviendrait que cet exemple - qui n'a rien de théorique, mais que l'on peut observer à plusieurs reprises sur le terrain – soit examiné. Cela me semble relever du bon sens. De la sorte, plusieurs médecins généralistes pourraient s'investir à temps plein et non simplement à temps partiel. Vu que de nombreux patients s'entendent répondre que plusieurs généralistes ne prennent plus de nouveaux patients, il me semble qu'une telle mesure bénéficierait à ces derniers et à la santé publique. Pour cette raison, je me permets d'attirer fortement votre attention sur ce dossier.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

19 Samengevoegde vragen van
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan spermadonoren en het zoeken van spermadonoren via illegale online spermabanken" (55033797C)
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Spermadonatie via online platformen" (55033974C)
19 Questions jointes de
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de donneurs de sperme et la recherche dans des banques de sperme illégales en ligne" (55033797C)
- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sperme par le biais de plateformes en ligne" (55033974C)

19.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, we lezen regelmatig onrustwekkende berichten in de media over de zoektocht naar een donor via illegale online spermabanken. De kinderwens kan dermate groot zijn en een tekort aan donoren kan wensouders ertoe aanzetten op zoek te gaan naar een donor via een illegale weg. Dat is ook een realiteit in ons land, ondanks er al lang een strikt wettelijk kader bestaat voor medisch begeleide voortplanting. In die wet wordt ook de donatie van gameten en embryo's strikt geregeld. In de geest van die tijd worden alleen anonieme donatie en gekende donatie, via een familielid of vriend, toegelaten. De wetgever ging destijds vooral uit van de rechten van de wensouders en de donor. De anonieme donatie is dan ook strikt anoniem, rekening houdende met het recht op privacy van de donor.

Vandaag dringt men erop aan die anonimiteit volledig op te heffen. We hebben daar vanochtend nog uitgebreid over gediscussieerd in de commissie. Er wordt gepleit te evolueren naar een systeem met uitsluitend niet-anonieme donatie, zoals al mogelijk is in veel andere Europese landen. In zulk systeem gaat men uitsluitend uit van de rechten van het kind. Met andere woorden, de slinger slaat volledig de andere richting uit. Indien anonieme donatie zou worden opgeheven, dan zou het aantal donoren drastisch kunnen afnemen. Dat zou ertoe kunnen leiden dat de rode loper wordt uitgerold om nog meer zijn toevlucht te nemen tot minder gecontroleerde kanalen, zoals websites met een aanbod van Deense mannen.

Het raadgevend comité heeft een advies uitgebracht, waarvan we in de commissie kennis hebben genomen. Bij het indienen van mijn vraag vroeg ik of u op de hoogte was van het advies, maar intussen is dat advies uitgebracht. Ik zou wel graag weten hoe u daartegenover staat en of u ook weet hebt van het tekort aan donoren, meer bepaald aan spermadonoren, eiceldonoren en embryodonoren. Wat kan er volgens u worden ondernomen om de toegang tot zulke illegale circuits te ontmoedigen of te belemmeren?

19.02 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, mijn insteek is net iets anders. De heer Herman Tournaye, het diensthoofd van het Brussels Centrum voor Reproductieve Geneeskunde van het UZ Brussel, verklaarde dat de spermabank met uitsterven bedreigd zou kunnen zijn, omdat mensen via allerlei andere kanalen – onlinekanalen – zelf op zoek gaan naar een donor. Ik veronderstel dat het niet zo'n vaart loopt. Er zijn echter een aantal maatschappelijke tendensen waardoor er meer vraag is naar sperma, zoals meer bewust alleenstaande moeders en meer lesbische koppels die hun kinderwens willen realiseren.

Zoals de heer De Caluwé uiteenzette, nemen ondertussen veel mensen hun toevlucht tot illegale kanalen om zwanger te kunnen worden. Men volgt dus niet meer de reguliere weg. Men kan bijvoorbeeld samen op de koffie gaan met een zogenaamde 'wilde donor', iemand die op eigen initiatief zaad doneert en die men op een onlineplatform leert kennen. Het is een understatement dat daar een aantal gevaren mee gepaard gaan. Men moet dan niet voldoen aan de wettelijke regels inzake medisch begeleide voortplanting, die in België nog altijd uitgaan van anonieme donatie. Men trekt zich ook niets aan van een aantal noodzakelijke medische en psychologische controles. Dat roept heel wat ethische vragen op.

Hoe bekijkt u dat? Is er een tekort aan spermadonoren? Moet er op dit moment een maatregel worden genomen om dat probleem op te lossen? Is er een probleem bij onze spermabanken? Moeten wij nog meer dan nu het geval is op zoek naar buitenlands zaad? Wordt er in de regering nagedacht over een

mogelijke wijziging of herinterpretatie van de wetgeving ter zake?

19.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Jiroflée, ik ben inderdaad op de hoogte van het advies. U vindt dat advies ook op de website van de FOD Volksgezondheid. U kunt het daar nalezen, net als de samenvatting, dus ik zal dat hier niet voorlezen. Uit dat advies blijkt opnieuw dat het geen evidente discussie is, maar dat we met zijn allen rekening moeten houden met de evoluties en met de realiteit dat de anonimiteit in de huidige stand van de wetenschap niet meer zomaar kan worden gegarandeerd.

Het Parlement moet, overeenkomstig het regeerakkoord van de huidige federale regering, daarover een brede consensus zoeken. U moet hiervoor dus binnen de meerderheid in dit Parlement een oplossing vinden. Mijn persoonlijke mening is dat men de geheimhouding van afstammingsinformatie van donorkinderen, zoals dat vandaag bestaat, niet echt kan volhouden, maar dan nog zijn er verschillende mogelijke strategieën en ik vind dat het Parlement daar dringend knopen moet doorhakken en niet ter plaatse mag blijven trappelen. Dat is immers ongelooflijk belangrijk. Er zijn verschillende strategieën mogelijk om een evolutie die voortvloeit uit wetenschap en samenleving om te zetten in goede wetgeving.

Het tekort aan donoren van gameten veroorzaakt inderdaad wachtlijsten bij medisch begeleide voortplanting. De fertiliteitscentra nemen al initiatieven om de tekorten te beperken en donoren maximaal aan te wenden binnen de voorziene wettelijke grenzen. Wij moeten hen daarin steunen.

Het is mij nog niet duidelijk waar de problemen zich precies situeren, dus ik vind het moeilijk om daar nu al grondig op in te gaan. Ik wil wel meegeven dat het belangrijk is om wensouders te sensibiliseren om in die zoektocht, die op zich al niet eenvoudig is, steeds binnen het bestaande kader te blijven en niet buiten het medisch circuit zelf op zoek te gaan naar donoren, zoals u zelf ook heel terecht zei. Gedoneerde gameten worden immers uitgebreid getest om de volksgezondheid te vrijwaren.

Een commercieel circuit is derhalve absoluut verboden en te mijden, niet in het minst omwille van het volstrekt gebrek aan controle van het materiaal. Ook wanneer men zonder tussenkomst van een fertiliteitscentrum op zoek gaat naar donoren, is dat niet zonder risico's. Los van de gezondheidsrisico's moet worden opgemerkt dat de bepaling met betrekking tot de afstamming niet geldt bij dergelijke 'wilde donatie'. Ik neem opnieuw de uitdrukking van mevrouw Jiroflée in de mond. De donor is in dat scenario de biologische ouder van het kind. Er kan in dat geval een afstamming worden vastgesteld.

Misbruiken, zoals een commercieel donorschap, de handel in gameten of een circuit buiten een fertiliteitscentrum of een ziekenhuis om, kunnen steeds gerapporteerd worden aan het FAGG. De FAGG-inspecteurs zijn bevoegd voor het toezicht op de naleving van de relevante wetgeving. Er is overigens ook een mailadres voor de melding van inbreuken: mch-mln@fagg-afmps.be. Daarnaast is er een mailadres voor incidenten die een impact kunnen hebben op de kwaliteit en de veiligheid van het materiaal: biovigil@fagg-afmps.be.

19.04 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Een kinderwens kan heel groot zijn. We gaan nooit kunnen uitsluiten dat mensen een verkeerde keuze maken, of een illegale weg kiezen om aan die kinderwens te voldoen. We kunnen er wel voor zorgen dat er een wettelijk kader voorhanden is, zodat wensouders een veilige manier kunnen kiezen om aan die kinderwens te voldoen. Ik ben het met u eens dat dat iets is wat we in dit Parlement moeten uitklaren.

Er liggen een aantal initiatieven hier op tafel. Ik ben het met u eens dat de huidige wet omtrent medisch begeleide voortplanting te beperkend en te streng is. Een en ander is inmiddels geëvolueerd. Uitsluitend volledige en absoluut anonieme donatie van gameten toelaten, is niet meer van deze tijd, en zeker niet in het belang van het kind, noch van de wensouders.

Het is geen geheim dat wij voorstander zijn van een meersporenbeleid, zoals overigens ook het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek voorstaat. We denken dat dat een goede tussenoplossing is in de weg naar een veilige en legale oplossing voor mensen die voor donatie kiezen. Een goede wet moet rekening houden met alle betrokken personen: de wensouders, donoren en, niet het minst, het kind.

Wij vinden het ook belangrijk dat een wet zeker niet voor een nog groter tekort aan gameten zorgt. Dat is het risico als de anonimiteit volledig wordt opgeheven. Aan de andere kant moeten we realistisch zijn: de volledige anonimiteit garanderen kan vandaag niet meer. Er zijn grote, soms commerciële databanken, die dat beletten. Een donor die anoniem wil bijven, moet zich daarvan bewust zijn. Een tweesporenbeleid kan er net voor zorgen dat mensen die anoniem willen doneren zich ervan bewust zijn dat die anonimiteit vandaag niet meer 100% gegarandeerd is.

19.05 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik verwees al naar de ethische problemen met die 'wilde donoren'. U vernoemde er een: de handel in gameten. Dat is ook voor mij een grote bezorgdheid. We moeten dat met alle middelen bestrijden. Een regeling die dat volledig uitsluit, is onmogelijk, maar goede wetgeving kan dergelijke praktijken tot een minimum beperken.

Wat de anonimiteit van de gameten betreft, ben ik nogal pragmatisch: wie het wil weten, kan het tegenwoordig weten. Het lijkt te gek om aan die anonimiteit vast te houden. Ik hoor de heer De Caluwé over een soort meersporenbeleid spreken. Ik ben er eerder voor om te werken in fasen, waarbij zo'n meersporenbeleid een eerste stap kan zijn, maar waarbij we uiteindelijk gaan naar een opheffing van de anonimiteit.

We moeten de zaak met dit Parlement inderdaad in handen nemen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

20 Vraag van Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De harmonisatie van de registratie van de vaccinatiegegevens" (55033827C)
20 Question de Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'harmonisation de l'encodage des vaccinations" (55033827C)

20.01 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, je souhaite vous interroger sur la gestion des données liées à la vaccination. Nous l'avons subie durant la pandémie de covid-19, l'organisation de la vaccination a pu être compliquée du fait de la répartition institutionnelle complexe de notre pays. Plus largement, la politique de vaccination, outil de prévention pour la santé et la protection sanitaire, est elle-même dépendante de plusieurs organismes.

En Fédération Wallonie-Bruxelles, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) est chargé de gérer le programme de vaccination à destination des enfants et des jeunes entre 0 et 18 ans, ainsi que des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur non universitaires et encore des femmes enceintes. L'enregistrement des vaccins peut se faire, notamment, via e-vax par les médecins.

En Wallonie, l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) est en charge du suivi de la vaccination pour les plus de 18 ans. Comme vous le savez, les médecins encodent alors les vaccinations dans le dossier médical informatisé du patient. Cela ne semble pas être systématique en raison de la lourdeur administrative qui pèse aujourd'hui, et de manière générale, sur ces prestataires de soins de santé.

La plateforme Vaccinnet est utilisée dans toute la Belgique et par l'ensemble des prestataires de soins pour l'enregistrement des vaccins contre la covid-19.

Je veux attirer votre attention sur le manque d'harmonisation dans l'encodage des vaccinations réalisées dans notre pays. Les plateformes et les outils utilisés varient selon les Régions de notre pays, selon les méthodes de travail des médecins et selon les types de vaccins. J'avais pu vous interpeller à plusieurs reprises, lors de la pandémie, sur le rôle essentiel de coordination que doit jouer le niveau fédéral. D'ailleurs, dans le cadre de la lutte contre la covid-19, nous avons pu constater et constatons toujours l'importance du suivi de la vaccination de notre population.

Monsieur le ministre, des recommandations nouvelles sont-elles prises par le fédéral en matière d'encodage de la vaccination? Très concrètement, êtes-vous en capacité actuellement de présenter

l'ensemble des statistiques sur la vaccination des enfants et des adultes dans notre pays? Ne pensez-vous pas qu'une harmonisation de l'encodage des vaccins est nécessaire pour simplifier le travail des médecins et l'information aux patients? Dans ce cadre, ne pensez-vous pas qu'il serait utile que l'INAMI instaure un code de partage unique au niveau national? Cela pourrait permettre un partage d'informations médicales garanti, quels que soient l'endroit et la Région où résident les patients et les médecins.

Enfin, avez-vous envisagé de réunir l'ensemble des entités via la Conférence interministérielle pour prévoir un tel système universel de partage de données médicales sur une seule plateforme reconnue et agréée par le fédéral? À ce niveau, l'agence des données qui serait créée pourrait-elle agir dans ce sens?

20.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Taquin, comme vous l'évoquez, la répartition des compétences en Belgique est complexe. Le niveau fédéral n'a qu'une influence limitée. Toutefois, le niveau fédéral soutient l'objectif d'intégration des données de vaccination dans un registre de vaccination, comme évoqué par exemple dans le plan d'action "Élimination de la rougeole et de la rubéole en Belgique", validé par le Risk Management Group.

En outre, les échanges de données s'inscrivent dans le plan d'action e-Santé du fédéral. Par exemple, dans le cadre de l'enregistrement des vaccinations contre la covid-19, Vaccinnet a été utilisé par toutes les entités fédérées, ce qui présentait des avantages importants en termes de traitement ultérieur, de délivrance des certificats covid de l'Union européenne, et de mise à disposition de ces informations via masante.be.

Chaque année, les informations les plus importantes, c'est-à-dire les données sur la couverture vaccinale pour les vaccinations de routine des enfants, sont transmises à l'Organisation mondiale de la Santé et sont publiquement disponibles. Pour toute la population, et surtout pour les adultes, il y a des données très détaillées disponibles sur la vaccination contre la covid-19, mais certes moins pour les autres vaccinations.

Il importe que des données de haute qualité soient disponibles pour le patient et son médecin, ainsi que pour évaluer l'impact des campagnes et des recommandations de vaccination.

La situation actuelle est loin d'être idéale. L'améliorer nécessitera toutefois beaucoup plus qu'un code de partage INAMI. Il faudrait trouver des solutions techniques, élaborer un cadre légal, avoir des accords politiques entre les différentes entités fédérées, etc.

Un travail est en cours depuis plusieurs années, avec différents partenaires (ONE, COCOM, AViQ, Communauté germanophone, Réseau Santé Wallon, Réseau Santé Bruxellois, etc.). En collaboration avec l'INAMI et Vaccinnet, une sélection de variables – la création d'un CareSet Vaccination – a été faite.

Il ne revient pas au fédéral d'imposer une seule plateforme pour des compétences qui ne lui ont pas été attribuées par le Parlement. Par contre, le fédéral est responsable pour les engagements internationaux dans le cadre de la santé, tels que les objectifs d'élimination et la création d'une *health data agency*. Le fédéral suivra les travaux en cours dans cette optique.

Si nécessaire, le sujet peut être mis à l'agenda d'une Conférence interministérielle.

20.03 **Caroline Taquin** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. Vous saluez le positif que cette centralisation a pu apporter et apporte encore dans le cadre de la covid-19. En outre, vous reconnaissez que la situation est loin d'être parfaite et qu'elle devrait être lourdement améliorée concernant beaucoup d'autres vaccins.

J'entends qu'un travail est en cours avec différents partenaires et que vous êtes ouvert à la mise à l'agenda d'une Conférence interministérielle si nécessaire. Je reviendrai donc vers vous mais je perçois que vous êtes attentif à la problématique et que vous y travaillez non pas tout seul mais également avec les entités fédérées. Je vous invite donc à poursuivre le travail et à aller plus loin.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

21 Samengevoegde vragen van
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De KCE-studie over de terugbetaling van digitale medische toepassingen" (55033851C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de digitale medische toepassingen met het oog op terugbetaling" (55034587C)
21 Questions jointes de
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude du KCE sur le remboursement des applications médicales numériques" (55033851C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation des applications numériques médicales dans une perspective de remboursement" (55034587C)

21.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, begin dit jaar publiceerde het KCE een studie over de evaluatie van digitale medische toepassingen, met het oog op de terugbetaling. Het gaat om de zogenaamde mHealth. Technologische ontwikkelingen vinden steeds vaker hun weg naar het domein van de gezondheidszorg, waar ze volgens ons een grote meerwaarde kunnen betekenen.

Vorig jaar nog viel alvast een positieve beslissing over de revalidatieapp moveUP, die nu in de laatste fase van het traject met het oog op de terugbetaling zit. Dat betekent dat het ook tijdelijk gefinancierd wordt door het RIZIV. MoveUP is echter op dit moment volgens ons de enige applicatie die zo ver in het traject van de mHealth-piramide zit. Een aantal andere applicaties zitten in het voorlaatste stadium.

In Duitsland werden al 34 apps goedgekeurd voor vergoeding. Tegelijk zijn er andere landen, zoals Oostenrijk, waar het traject nog in ontwikkeling is en er dus nog geen enkele app voor vergoeding werd goedgekeurd. We lopen dus zeker niet achteraan de stoet, maar het kan geen kwaad om met ambitie vooruit te kijken.

Hoeveel en welke applicaties bevinden zich nu in het voorlaatste stadium van de mHealth-piramide? Ziet u op korte termijn een doorbraak voor een aantal apps?

In Frankrijk werd het met de wetgeving gemakkelijker gemaakt om applicaties voor telemonitoring, en de nodige apparatuur die daarbij hoort, op te nemen voor terugbetaling. De studie van het KCE geeft ook aan dat dit een goed idee is. Is dat iets waar we in België mee aan de slag zullen gaan of wachten we op een Europees kader?

Het bestaande evaluatiekader voor apps in België heeft momenteel enkel betrekking op apps die gekwalificeerd zijn als medisch hulpmiddel. Andere software, maar ook bijvoorbeeld wearables die nodig zijn voor de goede werking van deze apps, vallen momenteel buiten het toepassingsgebied. Het KCE beveelt dan ook aan om dat toepassingsgebied te verbreden. Gaat u daarmee aan de slag?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Vanpeborgh, het rapport van het KCE waarnaar u verwijst, is op 9 februari toegelicht aan de werkgroep Telegeneeskunde van het Verzekeringscomité en is op dezelfde dag ook besproken in het Begeleidingscomité inzake mHealth Belgium. Op basis van het rapport en van het overleg met de sector, die wordt vertegenwoordigd door beMedTech en mHealth Belgium, werkt het RIZIV nu aan een voorstel voor de middellange en de lange termijn. Een eerste voorstel zou deze zomer voorhanden moeten zijn.

Momenteel hebben twaalf mHealth-applicaties het niveau M2, wat nodig is om een aanmelding tot opname in het terugbetalingssysteem in te dienen, behaald. Die zijn terug te vinden op de website mhealthbelgium.be. Vijf van die applicaties hebben tot nog toe hun aanmelding ingediend. Voor vier applicaties, namelijk AirView, CardioCare@Home, FibriCheck en RemeCare, heeft het Verzekeringscomité de opdracht gegeven om ze te integreren in het gezondheidssysteem. De bevoegde organen werken momenteel de vergoedingssystemen daarvoor uit. Ze doen dat op een generieke manier, waardoor niet een specifieke applicatie wordt vergoed, maar elke applicatie die aan

de te bepalen voorwaarden en functionaliteit voldoet, zonder dat ze hiervoor elk een aparte aanmelding zullen moeten indienen. Voor de vijfde applicatie, Nucleus Smart, werd een negatief advies geformuleerd door de werkgroep. Hij werd daarin gevolgd door het Verzekeringscomité.

Het KCE beveelt inderdaad verschillende opties aan om de opname van gezondheidsapplicaties in de verplichte ziekteverzekering te versnellen, waaronder het ontwikkelen van generieke vergoedingsvoorwaarden voor de telemonitoring van enkele chronische pathologieën. Het RIZIV is al gestart met voorbereidend werk voor de ontwikkeling van zo'n generiek kader voor de telemonitoring bij hartfalen. Er bestaat namelijk de nodige wetenschappelijke evidentie dat het telemonitoren van hartfalen bij patiënten een meerwaarde heeft.

Voor de opvolging van de overige aanbevelingen werken de bevoegde overheidsdiensten momenteel samen met de betrokken stakeholders.

21.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het zeer concrete en heldere antwoord. Er zit duidelijk beweging in de zaak. Wij wachten het voorstel van het RIZIV af dat in de zomer op tafel zal liggen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Er zijn vorige week een aantal vragen van mevrouw Depoorter uitgesteld. Dat betekent dat die nu vervallen.

22 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het toenemende misbruik van fentanyl" (55033901C)
- Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een actieplan tegen opioïden waaronder fentanyl" (55033966C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen tegen het fentanylmisbruik" (55034047C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De maatregelen tegen fentanylmisbruik" (55034209C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende gebruik van fentanyl en andere opioïden" (55034539C)
22 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de l'usage abusif du fentanyl" (55033901C)
- Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un plan d'action contre les opioïdes dont le fentanyl" (55033966C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures à envisager contre l'abus de fentanyl" (55034047C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les mesures contre l'abus de fentanyl" (55034209C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation croissante de fentanyl et d'autres opioïdes" (55034539C)

De **voorzitter**: Alleen mevrouw Vanpeborgh is aanwezig.

22.01 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, deze vraag sluit enigszins aan bij mijn voorgaande vraag met betrekking tot het overgebruik van geneesmiddelen. We hadden het toen over slaapmedicatie, maar ook pijnmedicatie – en vooral de verslaving eraan – is in opmars. Ik heb het dan over fentanyl. Dat is een opioïde zoals methadon, codeïne, tilidine of oxycodon. Bij verkeerd gebruik zijn die allemaal verslavend.

In de Verenigde Staten zien we schrijnende toestanden door het gebruik van fentanyl. Er zijn 100.000

Amerikanen aan verslaafd. Door overdosissen verliezen de Verenigde Staten jaarlijks 71.000 mensen. Sommige experts zijn ongerust dat dit overwaait naar Europa.

Ook in ons land is het gebruik van fentanyl – legaal en onder voorschrift – de laatste jaren enorm gestegen. Uit cijfers van de OESO blijkt dat België samen met Duitsland en Oostenrijk het hoogste dagelijkse gebruik van opioïden telt per miljoen inwoners. Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het gebruik van opioïden tussen 2006 en 2017 met maar liefst 88 % is toegenomen. Specifiek voor fentanyl zou het aantal gebruikers in België gestegen zijn van 40.000 in 2005 naar 70.000 in 2020. Bij 7.000 Belgen zou het gaan om overgebruik. De fentanylpleisters worden terugbetaald door de ziekteverzekering, waardoor we als maatschappij het fentanylprobleem deels mee financieren.

Het is dus belangrijk om hiermee aan de slag te gaan. Het RIZIV stelde, zo hebben we gelezen, een werkgroep samen om het probleem aan te pakken en een nationaal actieplan op te stellen. Ik heb hierover een aantal vragen.

Kunt u al iets meer zeggen over dat nationaal actieplan? Wat zijn de doelstellingen? Wie wordt bij het opstellen ervan betrokken? Wanneer kunnen we dat actieplan verwachten?

Zijn er ook verklaringen waarom wij in België koploper zijn in het opioïdengebruik?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Vanpeborgh, we hebben het voorbije decennium en zelfs vroeger inderdaad een verontrustende stijging gezien van het gebruik van fentanyl in de Verenigde Staten, in ons eigen land en ook elders. Ik moet er wel op wijzen dat de meest recente gegevens, met name die van 2020, lijken aan te tonen dat de trend gestagneerd is. We zien geen opvallende stijgingen op dit moment, noch in de verkoop van verdovende middelen en opioïden op voorschrift, noch in de behandelingsaanvragen in de verslavingszorg voor die substanties. Er is zelfs een afname bij de behandelingsaanvragen voor verslaving aan opioïden. Die trend houdt al enkele jaren aan. Natuurlijk moeten we die gegevens wel blijven opvolgen.

De werkgroep met het RIZIV, het FAGG, Sciensano en de FOD heeft een actieplan voor 2021-2024 opgesteld, gericht op het bevorderen van het adequaat voorschrijven, gebruiken en afleveren van opioïde pijnstillers in het kader van pijnbehandeling. Het plan heeft betrekking op drie thema's, waaronder het bevorderen van rationeel medisch gebruik van opioïde analgetica en het terugdringen van het misbruik van opioïde analgetica, waaronder fentanyl.

In dit plan zijn ongeveer twintig maatregelen geïdentificeerd. Het heeft als doel het overmatig en onoordeelkundig gebruik van dat type geneesmiddelen te verminderen. Het plan houdt ook rekening met patiënten die gebaat zijn bij een therapeutische behandeling op basis van opioïden en wil geenszins de toegang tot die medicatie beperken voor die doelgroep.

Concrete indicatoren aan de hand waarvan de doelstellingen zullen worden opgevolgd, zijn ten eerste een aanzienlijke daling van het aantal unieke opioïdegebruikers in België en ten tweede, een stabiele of dalende trend in het chronisch gebruik van opioïden.

Ik geef de acties die al uitgevoerd werden of in uitvoering zijn. Het is een lange lijst. Ik zal u dus een vrij lang antwoord geven. Ten eerste, inzake de oplijsting van tramadol in het koninklijk besluit van 6 september 2017 over de verdovende middelen en psychotrope stoffen kan door tramadol onder de drugswet van 1921 te plaatsen een misbruik van voorschrijven en/of onderhouden van een verslaving door een arts beter worden aangepakt.

Ten tweede is er de publicatie van een richtsnoer met als titel *Afleveringswijze en verpakkingsgrootte van opioïde pijnstillers in België* door het FAGG. Het doel daarvan is de rechtstreekse aflevering van bepaalde verpakkingsgrootten of -vormen van narcotische analgetica aan de patiënt te beperken. Dat richtsnoer is gepubliceerd in februari 2022 en is te vinden op de website van het FAGG.

Ten derde gaat het om de beperking van de aflevering van parenterale vormen van pethidine en piritramide in het ziekenhuis.

Ten vierde is er de communicatie over de risico's van misbruik en verkeerd gebruik van opioïden. Enkele jaren geleden publiceerde het FAGG een mededeling over fentanyl waarin wordt gewezen op

het juiste gebruik ervan om het risico van misbruik, afhankelijkheid of accidentele intoxicatie tot een minimum te beperken. Meer recent, in januari 2020, werd een meer algemene mededeling gepubliceerd met betrekking tot het rationeel gebruik van opioïden, waaronder fentanyl.

Ten vijfde zijn er opleidingsmaatregelen voor gezondheidsprofessionals genomen. Het BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) biedt nu e-learning aan over ontwenning van opioïden en chronisch opioïdengebruik.

Op vraag van de werkgroep Opioïden voert het KCE ook een studie uit met als titel *Aanbevelingen omtrent de optimalisatie van de multimodale behandeling van chronische pijn*, dus de niet-farmacologische behandeling. In dit verband werkt het KCE samen met Ebpracticenet aan de ontwikkeling van richtlijnen voor de behandeling van chronische pijn in de eerste lijn. Het KCE is ook partner in een proefproject over de specifieke multidisciplinaire niet-farmacologische behandeling van nieuwe pijnpatiënten, een project dat zich richt op alle soorten zorgverleners – artsen, kinesisten, tandartsen, vroedvrouwen enzovoort – in een welbepaalde regio om een netwerk te creëren voor de effectieve en snelle opsporing en behandeling van pijnpatiënten voor er sprake is van evolutie naar chroniciteit.

Ten zevende is het gebrek aan beschikbare pijnstillers van trap 2 één van de hypothesen om die trend te verklaren. Er nemen aan de werkgroep Opioïden ook experts deel zoals algologen. Die hebben ons attent gemaakt op dat gebrek aan pijnstillers van trap 2, de zwakke opioïden. Sinds de terugtrekking van de markt van Valtran, met tilidine, in al zijn vormen in 2022 is er immers slechts één molecule, namelijk tramadol, beschikbaar voor trap 2.

Het ontbreken van meerdere moleculen in trap 2 leidt tot een veel snellere overschakeling van trap 1 naar trap 3, dat wil zeggen onder andere naar de fentanylpleister, want er is geen mogelijkheid om over te schakelen naar een ander zwak opioïde. De autoriteiten zijn dus op zoek naar een structurele oplossing.

Ik kom dan bij de achtste actie. In het kader van de ontwikkeling op het gebied van e-gezondheid zijn er de laatste jaren veel initiatieven genomen om medicatieschema's uit te wisselen tussen gezondheidsprofessionals die bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn. Het VIDIS-project heeft vandaag tot doel de elektronische informatiestroom te ondersteunen door het voorschrijven van geneesmiddelen, de verstrekking in de apotheek, de toediening aan de patiënt en het medicatieschema aan elkaar te koppelen.

Ten negende kunnen vervallen en ongebruikte geneesmiddelen te allen tijde teruggebracht worden naar de apotheek. De apotheker zorgt voor de vernietiging daarvan. Dat geldt ook voor lege verpakkingen van geneesmiddelen die nog een restant werkzaam bestanddeel kunnen bevatten, zoals geneesmiddelenpleisters. In het kader van een goed gebruik van geneesmiddelen heeft het FAGG hieromtrent onlangs een communicatie op de website gepubliceerd voor het grote publiek.

Er bestaan geen bijzondere plannen om specifieke maatregelen te nemen met betrekking tot gebruikte fentanylpleisters. Voor een eventuele terugbrengplicht zou eerst geanalyseerd moeten worden in welke mate er misbruik is van gebruikte pleisters van reguliere patiënten. Dat moet dan worden afgewogen tegen de impact die een dergelijke verplichting zou hebben op patiënten. Daarnaast moet ook geëvalueerd worden in welke mate een dergelijke maatregel afdwingbaar is, met andere woorden wat de geschatte kostprijs is om effectief toezicht te houden. Overigens wordt in de bijsluiter van in België vergunde fentanylpleisters al gevraagd om de gebruikte pleisters in overleg met de apotheker te verwijderen. Na gebruik moeten beide kleefzijden naar binnen worden gevouwen en veilig worden weggegooid, dat wil zeggen niet bij het huishoudelijk afval. In sommige bijsluiters staat dat de pleisters rechtstreeks naar de apotheek moeten worden teruggebracht.

Ten tiende, om opioïdengebruik door chronische pijnpatiënten veilig en correct te laten verlopen, werkten de nationale raad van de Orde van artsen en de Orde der apothekers samen met het RIZIV eind 2021 een zorgovereenkomst uit met bindende afspraken tussen de patiënt en de arts. Die zorgovereenkomst is gericht op het veilig en correct gebruik van opioïden door chronische pijnpatiënten. De artsen die opioïden voorschrijven, kunnen die overeenkomst ook aanbieden aan de patiënten. De eerste voorwaarde is dat de behandeling met opioïden enkel voor een beperkte duur wordt voorgeschreven wanneer andere alternatieven zijn afgewogen. Omdat opioïden talrijke ongewenste

neveneffecten kunnen hebben, zoals afhankelijkheid, tolerantie en slaperigheid, moet het gebruik ervan echt zorgvuldig worden begeleid. De patiënt verbindt zich er bij een dergelijke overeenkomst toe enkel de voor hemzelf voorgeschreven medicatie te kopen en die in te nemen in de voorgeschreven dosis en frequentie. Bij niet-naleving van de overeenkomst wordt de behandeling stopgezet, met respect voor de zorgcontinuïteit.

De patiënt wordt verplicht zijn arts steeds volledig op de hoogte te houden van het verloop van het opioïdegebruik. Heeft hij meer pijn of ervaart hij ongewenste effecten, dan moet dat meteen worden gemeld. Ook zwangerschap moet worden meegedeeld aan de arts. De patiënt gaat er met het oog op een kwaliteitsvolle zorgverlening mee akkoord dat zijn gegevens worden gedeeld met andere zorgverstrekkers met wie hij een therapeutische relatie heeft, en dat de huisarts een GMD en een Sumehr aanmaakt. Ook het aanmaken van een gedeeld farmaceutisch dossier behoort tot de verplichtingen. Zo'n zorgovereenkomst is dus een interessant instrument, waarin heel wat risico's preventief worden ondervangen.

Ik kom dan bij de elfde actie. In het kader van fraudebestrijding analyseren mijn administraties de verplichting van het elektronisch voorschrift, zonder uitzondering, voor alle gevoelige geneesmiddelen, inclusief opioïden. Dat kan helpen om valse voorschriften tegen te gaan. Om het shoppen van opioïden tegen te gaan, bekijken ze de mogelijkheden om het delen van de gegevens over opioïdeverbruik te optimaliseren.

Het betreft dus heel wat acties. Ik heb er elf opgesomd. De betrokken administraties zetten hun werk voort. We zullen dit jaar de tussentijdse resultaten van het plan evalueren. De betrokken werkgroep komt nog heel regelmatig bijeen en volgt de opioïdenproblematiek, inclusief die van fentanyl, van nabij op.

22.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, het is alleszins een geruststellend antwoord. U verklaarde dat recente cijfers van 2020 een stagnatie tonen. Dat is hoopgevend. Ook goed nieuws zijn het nationaal actieplan en de werkgroep die een aantal maatregelen heeft uitgewerkt. Ten slotte zijn er de acties die al opgestart zijn op het terrein. Ik hoop ook dat die acties resultaat zullen opleveren. Ook al is er een stagnatie, het is belangrijk dat dit onder controle wordt gehouden.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

23 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La circulation de bonbons au cannabis" (55033998C)
23 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Cannabissnoepjes" (55033998C)

23.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, je renvoie à ma question telle que déposée.

Monsieur le Ministre, si manger des bonbons est un plaisir banal pour nous tous, et en particulier les enfants, un phénomène en pleine expansion commence à sérieusement inquiéter les services de police: la circulation en Belgique de petits bonbons colorés au cannabis. Même si ces bonbons sont vendus dans l'illégalité en Belgique, ils arborent un packaging et un nom très ressemblant aux célèbres bonbons de la marque "Haribo". Ils peuvent ainsi provoquer une confusion, en particulier auprès des plus jeunes.

Par ailleurs, puisqu'ils sont beaucoup plus concentrés en THC qu'un joint "classique" et ingérés par voie orale, le dosage en devient très difficile, ce qui constitue un véritable danger pour la santé des consommateurs, comme l'illustre le cas d'un jeune en Flandre qui a dû être secouru en pleine crise psychotique.

En conséquences, Monsieur le Ministre, aviez-vous connaissance de la circulation de ces bonbons d'un nouveau genre? Dans l'affirmative, que savez-vous de l'ampleur de cette circulation? Excepté le cas rapporté, avez-vous eu écho d'autres personnes ayant eu besoin de soins à la suite de l'ingestion

de ces bonbons? Quel suivi comptez-vous apporter à ce phénomène afin de protéger les plus jeunes, en matière d'information, d'accessibilité du produit et de packaging? Des discussions avec vos homologues des entités fédérées sont-elles déjà prévues? Si oui, avec qui et dans quel délai? Je vous remercie.

23.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur le président, madame Rohonyi, pour rappel, la plante cannabis sativa L figure sur la liste 1 des plantes interdites par l'arrêté royal du 31 août 2021. Une dérogation est, cependant, possible, moyennant des conditions strictes concernant la teneur en THC, sur la base du règlement de l'Union européenne 2022/1393.

Son utilisation dans le domaine alimentaire est très strictement encadrée. Les produits en question sont donc interdits en Europe. Les quantités de THC trouvées dans le produit incriminé et acheté aux Pays-Bas dépassent très largement les doses autorisées et tombent sous la législation des narcotiques et substances psychotropes.

Les SPF Santé publique et l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire ont également rédigé un Q&A commun concernant l'utilisation de chanvre, de cannabis sativa L et de cannabinoïdes comme le cannabidiol en tant que ou dans les denrées alimentaires. Ce document est disponible sur le site du SPF Santé publique.

Le cas que vous mentionnez a été collecté par le système belge d'alerte précoce pour les drogues (le BEWSD) dirigé par Sciensano qui informe les services belges et européens concernés.

Selon ce service, trois autres cas ont été signalés. Le BEWSD continue de suivre tous les cas individuels ainsi que le phénomène des sucreries comprenant du cannabis.

Pour l'instant, le danger pour la santé publique semble relativement faible. Les gommes étaient toujours achetées dans un magasin étranger spécialisé et non sur le marché belge ordinaire.

À l'exception du premier cas survenu le 6 janvier, aucune intoxication grave n'a été signalée ni au BEWSD, ni au SPF Santé publique.

Ce produit étant interdit, le dossier de suivi est systématiquement confié aux services de police pour une enquête. L'AFSCA n'a, en outre, pas trouvé ce type de produit sur le marché belge.

Pour répondre à votre dernière question, ce dossier ne nécessite pas de discussions avec les entités régionales puisque ledit produit est interdit et que le contrôle sur le terrain relève de la compétence de l'AFSCA.

23.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si, selon moi, elle traduit un décalage entre notre législation qui doit pouvoir être actualisée et la pratique.

Vous dites que la loi prévoit une dérogation en fonction de la quantité de THC. Le problème réside dans le fait qu'aujourd'hui, on souffre d'une différence entre la législation en vigueur en Belgique et celle en vigueur aux Pays-Bas et que, qu'on le veuille ou non, les consommateurs circulent d'un pays à l'autre. De plus, la quantité ingérée peut s'avérer problématique à force de manger ces bonbons, même si la quantité d'un seul bonbon ne pose pas de problème.

Lorsque vous affirmez que le danger que ces bonbons représentent pour la santé est faible, au regard de leur quantité de THCO et de leur vente dans des magasins spécialisés, force est pourtant de constater qu'ils peuvent présenter un risque pour les enfants. En effet, leur emballage sème chez ceux-ci une grande confusion. De plus, ils peuvent se trouver accidentellement ou de manière mal intentionnée à leur portée. Par conséquent, je ne comprends pas votre fermeture d'esprit, quand vous niez la pertinence d'en discuter, au motif que ces produits sont interdits. À un moment, il faut pouvoir faire preuve de pragmatisme et constater que le risque existe de voir des enfants et de jeunes adolescents ingérer, à leur insu ou guidés par la tentation, ces bonbons.

Nous devons pouvoir suivre l'avis rendu par l'American College of Medical Toxicology, lequel a formellement demandé à l'industrie qui commercialise ces bonbons un changement d'emballage pour

éviter de telles confusions susceptibles de mettre en danger la santé de nos enfants. Cela me paraît être la seule solution acceptable vers laquelle nous devons nous diriger.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

24 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La biopsie liquide dans le cadre de la détection d'un cancer" (55034061C)
24 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vloeibare biopsie voor de opsporing van kanker" (55034061C)

24.01 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le Ministre, des dizaines d'études sont actuellement en cours pour évaluer la plus-value de l'utilisation d'un nouvel outil dans la détection et le suivi de patients traités pour le cancer: la biopsie liquide. Déjà commercialisée aux États-Unis, la biopsie liquide – qui n'est autre qu'une prise de sang – vise à rechercher dans le sang de la personne testée des fragments d'ADN d'une tumeur ou de cellules cancéreuses.*

Si cette technique présente énormément d'avantages, puisqu'elle est moins invasive qu'une biopsie classique – qui prélève des tissus –, qu'elle permet de détecter des mutations et d'éventuelles récidives, d'atteindre des tumeurs difficiles d'accès ou encore de surveiller comment un cancer réagit aux traitements, la réelle avancée serait de dépister précocement le cancer et donc d'administrer rapidement des traitements moins lourds et/ou moins longs.

Ces tests présentent néanmoins quelques problèmes majeurs: le coût très important de ce type de séquençage, ou encore un éventuel "sur-diagnostic" induit par ces tests car un certain nombre de cancers détectés ont en fait une évolution extrêmement lente et n'appellent pas nécessairement de traitement.

D'où mes questions, Monsieur le Ministre: aviez-vous connaissance de l'utilisation de ces tests dans le suivi de patients traités pour le cancer, notamment aux États-Unis? Dans l'affirmative, disposez-vous de retours et si oui, lesquels? Dans la négative, quel suivi comptez-vous apporter à cette information?

La commercialisation de ces tests est-elle envisageable en Belgique? Dans l'affirmative, des discussions et/ou des études sur le sujet ont-elles été initiées ou sont-elles prévues? Si oui, avec qui et dans quels délais pouvons-nous espérer les premiers résultats? Dans la négative, pourquoi?

En ce qui concerne le coût important de ce type de tests, le gouvernement est-il prêt à investir s'il est prochainement démontré qu'ils représentent une réelle plus-value dans la lutte contre le cancer? Quelle est votre position à cet égard? Je vous remercie.

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, le test auquel vous faites référence est réalisé à partir d'un prélèvement de sang dans le but de rechercher, entre autres, d'éventuelles mutations dans les cellules tumorales circulantes ou dans l'ADN tumoral circulant. Ce test présente l'avantage d'être moins invasif, et donc moins risqué comparé aux biopsies solides prélevées directement dans la tumeur. De plus, il permet de réaliser un test en cas de tumeur difficilement accessible via une biopsie classique.

Certains tests sur biopsie liquide sont en effet déjà commercialisés aux États-Unis. La Food and Drug Administration (FDA) a approuvé ces premiers types de tests pour des patients présentant des tumeurs solides en octobre 2020. En février 2022, ces tests ont été approuvés comme outils de suivi pour des tumeurs de stade précoce après une thérapie et, ensuite en 2022-2023, comme outils diagnostiques pour personnaliser le traitement pour des patients présentant un cancer du poumon ou un cancer du sein avancé ou métastasique.

Actuellement, en Europe, les tests sur biopsie liquide en sont essentiellement au stade de recherche clinique, excepté pour quelques indications comme le cancer du poumon, par exemple lorsque les biopsies sont trop petites pour pouvoir être analysées ou lorsque le patient acquiert une mutation de résistance à la suite de son traitement.

En Belgique, une étude clinique appelée GeNeo a été initiée en 2020. Il s'agit d'une étude belge en médecine de précision, sponsorisée par la Belgian Society of Medical Oncology en collaboration avec le Centre du Cancer de Sciensano. Celle-ci inclut 1 000 patients présentant différents types de tumeurs solides, dont 100 sont analysées par biopsie liquide. Les résultats sont en cours d'analyse. Cette étude permettra de définir l'utilité clinique de ces tests, les indications, leur coût et leurs performances par rapport aux tests sur biopsie solide.

De plus, le Centre du Cancer coordonne le projet oncNGS. C'est un programme Horizon 2020 financé par l'Union européenne. Dans le cadre de ce projet, le consortium oncNGS, qui rassemble huit institutions spécialisées dans le cancer dans cinq pays européens différents, met les entreprises au défi de développer de nouveaux tests de nouvelle génération de séquençage ou *next generation sequencing* (NGS), économiquement abordables, sur des biopsies liquides pour des patients atteints de tumeurs solides ou de lymphomes. Ces tests auront pour but, entre autres, d'améliorer les diagnostics, d'adapter les thérapies, de prédire les pronostics tout en brisant les inégalités actuelles dues au coût élevé de ces tests.

Cette étude permettra également d'évaluer le coût de ce type de test et de définir ses performances. Ce projet se terminera en 2026. Je vous invite à contacter Sciensano afin d'obtenir plus de détails sur cette initiative.

Enfin, l'assurance maladie obligatoire prévoit déjà un budget pour le remboursement de plusieurs tests moléculaires dans la lutte contre le cancer, tant dans le cadre de la nomenclature standard que par des conventions spécifiques.

Par ailleurs, le gouvernement est également disposé à rembourser les nouvelles techniques si la valeur ajoutée clinique a été démontrée et si le coût est acceptable. Par exemple, en 2023, nous avons prévu un budget supplémentaire de 2,2 millions d'euros pour un profilage d'expression génique des tumeurs mammaires précoces afin d'optimiser le choix de commencer ou non une chimiothérapie.

En outre, depuis 2019, il existe une convention permettant le remboursement de la technologie nouvelle génération de séquençage (NGS) en oncologie et hémato-oncologie. Cette convention prévoit déjà un remboursement des tests NGS sur des biopsies liquides.

Comment organiser un éventuel remboursement spécifique pour ce test de biopsie liquide, pour quelles indications et dans quelles conditions? Toutes ces questions seront envisagées dès que les résultats de l'étude en cours seront connus et/ou qu'il existera des recommandations scientifiques européennes ou internationales claires sur son utilisation dans des indications à préciser.

24.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse, au travers de laquelle on voit que cette nouvelle technologie de biopsie liquide est porteuse d'espoir pour les patients concernés par un cancer ou qui, étant porteurs d'un gène, pourraient être concernés à l'avenir par un cancer. Ce test est moins invasif et il pourrait détecter de manière plus précoce un cancer ou une tumeur.

Nous attendons donc beaucoup des résultats de l'étude que vous avez annoncée, et qui a été amorcée en 2020. Vous dites que les résultats sont en cours d'analyse. Je me demande quand nous serons en droit d'espérer ces résultats, puisque cette étude a été amorcée voici trois ans.

Nous avons beaucoup d'espoirs de voir cette pratique se développer en Belgique, et être remboursée. Comme vous le dites, des remboursements peuvent être prévus si ces tests venaient à démontrer une certaine plus-value – plus-value qui a été retenue dans certains pays. J'ose espérer que cela sera également le cas en Belgique. Je ne comprendrais pas pourquoi les choses seraient faites différemment chez nous.

C'est à mon sens particulièrement important parce que plus un cancer est détecté de manière précoce, moins les traitements seront lourds, et plus les chances de guérir seront grandes. Cette étude renferme donc beaucoup d'espoirs pour les patients.

Je ne sais pas si vous êtes en mesure de me dire pour quand nous pourrions attendre les résultats de cette étude clinique lancée en 2020. Beaucoup de choses pourraient en découler, notamment au niveau du remboursement.

24.04 **Frank Vandenbroucke,** ministre: À vrai dire, je n'ai pas de données sous la main sur cette étude.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

25 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventie voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen" (55034110C)
25 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La convention pour psychologues et orthopédagogues cliniciens" (55034110C)

25.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de coronacrisis leidde tot een verhoogd bewustzijn dat we zorg moeten dragen voor mensen met mentale moeilijkheden. Daarom werd besloten om jaarlijks 200 miljoen euro aan het oorspronkelijke budget van bijna 40 miljoen euro toe te voegen.

De administratie van het RIZIV kreeg in december 2020 de opdracht een conventie uit te werken om het psychologisch zorgaanbod te versterken. Aangezien de onderhandelingen moeizaam verliepen, werd de vertegenwoordigers van klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen gevraagd om die conventie tot eind 2023 als een eerste stap en een compromis te beschouwen. Vermits de overeenkomst niet stilzwijgend verlengd kan worden, werd daartoe een begeleidingscomité in het leven geroepen dat instaat voor de opvolging en evaluatie van de implementatie van de conventie, alsook voor adviezen voor de bijsturing en de verlenging ervan.

Ik heb daarom enkele vragen voor u. Hebt u zicht op de werkzaamheden van het begeleidingscomité?

Wordt er bij de evaluatie voldoende rekening gehouden met de tijdmarge die nodig is om de conventie volledig uit te voeren? In Nederland heeft men er bijvoorbeeld bijna tien jaar over gedaan om het systeem naar behoren te implementeren. Zo ja, kunt u bevestigen dat het begeleidingscomité een voorstel tot voortzetting zal voorleggen aan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging?

Wanneer mogen wij de finale evaluatie van het begeleidingscomité verwachten? Een tijdige evaluatie is mijns inziens belangrijk om een doorstart te kunnen maken.

Kunt u in deze fase al garanderen dat de overeengekomen budgetten minstens gelijk zullen blijven? Wij moeten immers vermijden dat klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen in de eerste lijn opnieuw minder toegankelijk dreigen te worden. Het is voor ons daarom cruciaal dat het budget behouden blijft, namelijk de 200 miljoen euro die structureel aan het oorspronkelijke budget van bijna 40 miljoen euro werd toegevoegd, waaronder de 15 miljoen euro die u onlangs hebt vrijgemaakt om *high intensity care units* voor psychiatrische urgenties te voorzien.

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Pisman, het begeleidingscomité waarnaar u verwijst, speelt inderdaad een belangrijke rol. Het volgt de uitvoering van de conventie. Een aantal wijzigingen in de conventie, waarover ik daarstraks sprak in antwoord op een vraag van een ander lid, heeft ook te maken met besprekingen die daar gevoerd zijn. Ik ga ze niet allemaal opsommen.

U hebt gelijk dat zo’n conventie echt wel een mindshift veronderstelt en een continu leerproces. Men moet dus niet alleen voortdurend aanpassen en wijzigingen aanbrengen waar nodig in die conventie, men moet ook de nodige tijd geven. Als men die tijd geeft, ziet men hele mooie dingen ontstaan.

Ik heb niet zo lang geleden in Holsbeek een buurtzorghuis bezocht, waar ook het netwerk geestelijke gezondheid voor volwassenen aanwezig is. Ik sprak met de mensen van Breed Onthaal in Zelzate en de rol die het netwerk daar speelt. Ik heb gesproken met mensen van OverKop-huizen, mensen van

het Huis van het Kind in Aalst. Wij zien heel innovatieve dingen gebeuren, maar ze komen slechts geleidelijk tot stand. Ik ben er echt van overtuigd dat dit de richting is die wij uit moeten gaan.

De verdere ontwikkeling van de conventie in 2024 is zeker voorwerp van bespreking in het begeleidingscomité. Ik spreek daar natuurlijk ook over met mijn collega's van de deelstaten.

U vroeg wanneer de finale evaluatie verwacht mag worden. De evaluatiestudie en het rapport van de EPCAP 2.0-studie zijn voorzien tegen september van dit jaar. Eigenlijk zitten we een beetje in een proces van continue evaluatie in dat begeleidingscomité, wat ook normaal en interessant is.

Het gaat inderdaad over een zeer aanzienlijk budget van 200 miljoen, waarvan 112 miljoen voorzien is als een extra investering in de eerste lijn via die conventie. Het gaat ook over belangrijke investeringen in complexere psychiatrische problemen, zoals de *high intensive care units*.

Ik meen dat deze budgetten absoluut noodzakelijk zijn en blijven. Laat mij dat als een eerste geruststelling geven over mijn benadering voor de toekomst.

Overigens, zoals dat met nieuwe initiatieven in de ziekteverzekering altijd het geval is, in de methodiek van de begrotingsopmaak van de ziekteverzekering wordt zo'n budget behouden, want dat is ondertussen een structureel budget in de technische ramingen, tot op het punt waarop men een echte trendgroei in de behoeften en het gebruik vaststelt. Dan wordt ook die trendgroei doorgetrokken als een expansie naar de toekomst.

We zitten ook met een duidelijke expansie op dit moment. Als men kijkt naar de conventie psychologische zorg in de eerste lijn – mijn laatste gegevens dateren van de maand januari – dan is er voor bijna 7 miljoen euro gefactureerd. Dat wil zeggen dat 70 % van het beschikbare zorgbudget gebruikt wordt. Dat neemt maandelijks toe. De vaststelling is ook dat men in een aantal netwerken voor volwassenen het plafond heeft bereikt. Ik vind het heel belangrijk dat we samen aan deze netwerken laten weten dat ze niet op de rem moeten gaan staan.

Bij de netwerken voor kinderen en jongeren gaat het niet zo snel vooruit. Dat is moeilijker. Dat heeft te maken met factoren die ik daarnet in een antwoord aan mevrouw Depoorter heb uitgelegd. Ik vind het belangrijk dat ook daar verdere vooruitgang mogelijk is.

We mogen niet vergeten dat we ook nog projecten aan het ontwikkelen zijn voor specifieke kwetsbare doelgroepen, zoals jongeren met eetstoornissen. De terug-naar-werk-coördinatoren, de samenwerking met de huisartsen en de psychologische zorg voor gedetineerden doemen ook op aan de horizon. Dat appelleert ook voor een stuk aan wat er gebeurt in de eerste lijn met het budget voor de conventie.

Mijn visie is inderdaad expansief, ik wil u daarover geruststellen. Het is nog iets te vroeg om te zeggen hoe die conventie zich verder zal ontwikkelen, maar ik denk dat er nood is aan meer en niet aan minder.

25.03 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U hebt ons toch ietwat gerustgesteld. Samen met u zijn wij ervan overtuigd dat er op dit moment een heel grote nood is aan begeleiding van mensen die het mentaal moeilijk hebben. Wat kinderen en jongeren betreft, hoop ik samen met u dat wij hen sneller kunnen bereiken en begeleiden. We zullen zeker blijven toezien op de verdere ontwikkelingen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55034113C van de heer Piedboeuf wordt uitgesteld. Dat wordt als een eerste uitstel beschouwd, omdat de vraag vorige week op verzoek van de minister werd uitgesteld, omdat er nog geen antwoord was. Ik wilde dat even verduidelijken omdat andere collega's hun vraag voor een tweede keer wilden uitstellen, wat niet kan.

26 Samengevoegde vragen van
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het effect van de nutriscore op het consumentengedrag" (55034127C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek van de Universiteit Antwerpen en het effect van de nutriscore op het consumentengedrag" (55034128C)
26 Questions jointes de
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'effet du Nutri-Score sur le comportement des consommateurs" (55034127C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de l'université d'Anvers sur l'effet du Nutri-Score sur le comportement des consommateurs" (55034128C)

26.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Het zijn samengevoegde vragen van mezelf, maar ik denk dat we dezelfde vraag twee keer hebben verzonden en dat het dus slechts één vraag is. Ik verwijs dus naar mijn vraag zoals ik ze heb ingediend.

De Nutri-Score werd vorige legislatuur ingevoerd. Het is een visuele weergave van de voedingswaarde tabel en geeft aan welk product binnen een bepaalde productgroep gezonder is dan een andere producten. Bedoeling is de consument te helpen een gezonde keuze te maken bij de aankoop van voedingsproducten.

Niet elke consument laat zijn aankoopgedrag leiden door de Nutri-Score. Onderzoek van de Universiteit Antwerpen geeft aan dat 50% van de consumenten bewust kiest voor het product met de beste Nutri-Score, 20% sowieso altijd kiest voor een A-merk en 30% van de consumenten "bewust" kiest voor een product met een minder goede score. De reden daarvoor is dat deze consument aanneemt dat dat een product met een slechtere score beter van smaak zal zijn.

Graag vernam ik van de minister

1. Hoe evalueert de minister de resultaten van dit onderzoek?

2. Zullen er nog bijkomende inspanningen worden gedaan om de functie van de Nutri-Socre onder de aandacht van de consument te brengen?

3. Welke acties wil de minister ondernemen om minstens duidelijk te maken dat een product met een A-waarde niet noodzakelijk minder goed van smaak zal zijn?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Caluwé, ik heb inderdaad kennisgenomen van de resultaten van de studie van de Universiteit Antwerpen, die heel interessant is.

De nutriscore is, zoals u weet, wetenschappelijk onderbouwd. Hij is gebaseerd op meer dan 40 publicaties in de literatuur, waaronder een grote studie in reële aankoopomstandigheden, uitgevoerd in 2016 in 60 Franse winkels.

Daaruit blijkt dat dankzij de nutriscore de samenstelling van de winkelkarren op het vlak van de voedingswaarde aanzienlijk is verbeterd, ongeacht de sociaal-economische context van de consumenten.

De superioriteit van het nutriscorelogo ten opzichte van andere voedingslogo's is door velen in Europa en elders in de wereld aangetoond. Ik ben dan ook overtuigd van de waarde ervan, vooral ook omdat het Nutri-Score Wetenschappelijk Comité, bestaande uit vertegenwoordigers van zeven Europese lidstaten, het algoritme verder heeft verbeterd, waardoor het nog beter presteert in het onderscheiden van producten van dezelfde categorie.

Het Wetenschappelijk Comité rondde eind juli 2022 de verbetering van het berekeningsalgoritme voor voeding af en legt momenteel de laatste hand aan het algoritme voor dranken.

Er worden binnenkort veel veranderingen verwacht door de invoering van die twee nieuwe rekentools. Volkorenproducten, olijf- en koolzaadolie, ongezoute vette vis en harde kazen krijgen bijvoorbeeld een hogere score. Granen met een te hoog gehalte aan toegevoegde suikers, snacks met een hoog gehalte aan suikers en vetten van vetrijke vleesbereidingen krijgen in de toekomst een lagere score dan vandaag.

Het algoritme achter het nutriscorelogo evolueert dus continu, om nog performanter te worden.

Het is duidelijk dat wij de consumenten moeten blijven informeren over het gebruik van het nutriscorelogo, om hun voedingskeuzes en meer in het algemeen hun eetgewoonten te verbeteren.

Het is ook belangrijk te onthouden dat het nutriscorelogo een hulpmiddel is binnen een reeks andere maatregelen die nodig zijn om eetgewoonten te veranderen. Dat kan natuurlijk niet alleen op zich alle problemen van slechte eetgewoonten oplossen.

Het maakt deel uit van de communicatie die we moeten versterken, niet alleen in het kader van het nutriscorelogo maar ook ruimer in de voedingsadviezen die worden gegeven. Gezond eten is niet hetzelfde als smakeloos eten. Dat is de hele uitdaging van de voedingseducatie vanaf de vroege kinderjaren. Dat maakt echter natuurlijk en vooral in belangrijke mate deel uit van de bevoegdheden van de gemeenschappen.

26.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, voor mij was het antwoord voldoende. Ik dank u ook omdat u het dossier blijft opvolgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

27 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sepsis" (55034130C)
27 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La septicémie" (55034130C)

27.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, u ontving recent een open brief van een aantal beroepsverenigingen, waaronder Zorgnet Icuro, Domus Medica, Sepsibel, de Algemene Unie van Verpleegkundigen en de Vereniging voor Infectiologie en Microbiologie, met een oproep om werk te maken van een nationaal actieplan tegen sepsis.

Wat is uw reactie op die brief? Bent u bereid om aan zo'n nationaal actieplan te werken?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer De Caluwé, de preventie en tenlasteneming van sepsis verdienen inderdaad aandacht om het aantal patiënten dat erdoor wordt getroffen, te verminderen. Er bestaan al initiatieven die bijdragen tot de surveillance van ziekenhuisgeassocieerde bloedstroominfecties en die een aantal – zij het gedeeltelijke – antwoorden op sepsis bieden. Zo is er de jaarlijkse surveillance door Sciensano of de ondersteuning van de ziekenhuizen via de programma's IPC (Infection Prevention & Control) en AMS (Antimicrobiële Stewards).

Zoals echter in de open brief wordt opgemerkt, vereist sepsis een geïntegreerde aanpak die andere aspecten omvat dan IPC of AMS. Daartoe zou kunnen worden gebruikgemaakt van een aantal bestaande initiatieven. Zo kunnen de door de deskundigen genoemde indicatoren bijvoorbeeld worden gecontroleerd door het team van de Passarella-audit, dat bestaat uit auditors van het RIZIV, het FAGG en de FOD Volksgezondheid en dat audits heeft uitgevoerd over interventies in ziekenhuizen. De sepsisproblematiek kan in hun programma worden opgenomen.

Daarnaast kan het programma Pay for Performance, dat financiering biedt voor bepaalde kwaliteitsaspecten in de acute ziekenhuizen, ook de mogelijkheid onderzoeken om die indicatoren te gebruiken. Het nationaal actieplan voor bestrijding van antimicrobiële resistentie bevat ook maatregelen die ten dele een betere reactie op sepsis mogelijk kunnen maken, bijvoorbeeld door te zorgen voor de

beschikbaarheid van nationale aanbevelingen voor de tenlasteneming van sepsis, van de identificatie tot de behandeling ervan.

Alvorens over een nationaal sepsisplan te spreken, zouden die elementen met de verschillende stakeholders moeten worden besproken om na te gaan in hoeverre hun huidige hulpmiddelen kunnen worden gebruikt of zelfs verbeterd. Als blijkt dat er nieuwe initiatieven moeten worden genomen, dan zal het arsenaal aan bestaande maatregelen moeten worden aangevuld, zonder dat er redundantie wordt gecreëerd.

27.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, zoals u weet heb ik een voorstel van resolutie om zo'n nationaal actieplan op te maken en vormt dit een thema waarover ik al met veel actoren contact heb gehad. Ik ben ervan overtuigd dat we zo'n actieplan nodig hebben. Ik zal daar dus blijven op hameren en hoop dat we dit binnenkort samen kunnen realiseren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55034132C van mevrouw Zanchetta is uitgesteld. Vorige week werd die vraag uitgesteld op verzoek van de minister, deze keer op verzoek van mevrouw Zanchetta. Het gaat voor mevrouw Zanchetta dus om een eerste uitstel.

27.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mag ik ervan uitgaan dat voor de overige vragen het Reglement van de Kamer wordt toegepast?

De **voorzitter**: Ja, dat klopt.

27.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** Goed, dank u wel.

28 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende hulpverlening en de doorverwijzing naar Nederlandstalige ziekenhuizen" (55034366C)
28 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale urgente et le renvoi vers des hôpitaux néerlandophones" (55034366C)

28.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Ik heb al een aantal keer begrepen, ook via antwoorden die u in deze commissie al gaf, dat inzake de taal van MUG-ploegen en ziekenhuizen waar MUG-ploegen patiënten naartoe vervoeren – de spoedgevallendiensten dus – uw bevoegdheden en mogelijke acties beperkt zijn. Ik kan er evenwel niet onderuit dat ik geregeld uit de Druivenstreek de vraag krijg of u als minister niets kan doen aan het feit dat inwoners uit deze regio, wanneer ze een beroep doen op dringende geneeskundige hulpverlening, regelmatig afgevoerd worden naar ziekenhuizen waar het Nederlands niet of slechts beperkt als spreektaal gebruikt wordt.

Ik vraag het voor de tweede keer, zoals ook vele collega's het al voor mij hebben gedaan. Hebt u voor de dringende hulpverlening geen mogelijkheden om de bestemming van Nederlandstalige burgers in de Druivenstreek beter af te stemmen op hun wensen, waaronder de wens verzorgd te worden in de eigen taal? Kunt u aan die verzuchtingen tegemoetkomen en wat is daar ondertussen voor gebeurd?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** U haalt een belangrijke en ook gevoelige kwestie aan, op het kruispunt tussen wat de eisen zijn van een goed georganiseerde dringende medische hulpverlening en wat respect is voor het Nederlands in Vlaanderen. En laat me meteen zeggen dat ik het evident vind dat mensen met een acuut medisch probleem, wanneer het mogelijk is, naar een spoedgevallendienst vervoerd worden die hun taal machtig is. Ik begrijp dus heel goed dat Nederlandstalige inwoners van bijvoorbeeld Tervuren, dat dicht bij Leuven ligt, niet begrijpen waarom ze naar een ziekenhuis in Brussel worden gestuurd, vermits er daar geen garantie is, in de praktijk, dat ze in het Nederlands geholpen worden.

Ik heb daarom aan mijn administratie gevraagd de wet goed te analyseren en oplossingen te zoeken. Laat mij toch eerst uitleggen waarom het geen standaardregel is dat de patiënt, in het kader van dringende geneeskundige hulpverlening, vervoerd wordt naar het ziekenhuis van haar of zijn keuze. De dringende geneeskundige hulpverlening is, met de wet van 1964 die er de basis voor vormt, een van de weinige domeinen in de gezondheidszorg waar de keuzevrijheid van de patiënt inderdaad wordt beperkt. Die beperking hangt samen met een terechte bekommernis van volksgezondheid, die dus al heel lang in deze wetgeving zit. De basisregel in de dringende geneeskundige hulpverlening is dat de patiënt altijd de dichtstbijzijnde adequate hulp krijgt. Dichtstbij wordt daarbij bekeken in functie van de tijd die nodig is en niet noodzakelijk in functie van de afstand. De snelst beschikbare ziekenwagen, de PIT of de MUG, zal uitgestuurd worden, en de patiënt zal ook altijd naar het snelst bereikbare ziekenhuis met een erkende spoedgevallendienst worden gebracht.

Om de dringende geneeskundige hulpverlening goed te kunnen verstrekken, is het een logische regel dat de patiënt niet zelf kiest naar welk ziekenhuis hij wordt overgebracht. Er zijn evenwel uitzonderingen op die basisregel, vastgelegd in de uitvoeringsbesluiten, meer bepaald in artikel 7 van het KB van 2 april 1965 houdende vaststelling van de modaliteiten van inrichting van dringende geneeskundige hulpverlening.

De situaties waarbinnen kan worden afgeweken van het basisprincipe zijn drieërlei.

Ten eerste, bij collectieve noodgevallen om zodoende een spreiding en een verdeling van de slachtoffers mogelijk te maken.

Ten tweede, wanneer een patiënt voor een aandoening waarvoor de dringende geneeskundige hulpverlening ingeroepen wordt, een dossier en een behandeling heeft lopen in een ander ziekenhuis dan in het dichtstbijzijnde ziekenhuis, en wanneer dat door de behandelende arts die bij de patiënt aanwezig is, bevestigd wordt.

Een derde afwijking is er wanneer de patiënt specifieke diagnostische of therapeutische middelen nodig heeft en die als specialiteit niet aanwezig zijn binnen het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

De operator van de dienst 112 kan die afwijkingen op de basisregel alleen toestaan voor zoverre hij vaststelt dat de werking van de dringende geneeskundige hulpverlening en de naleving van de voornoemde wet van 8 juli 1964 gewaarborgd blijven. Wanneer het te druk is binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, of de afstand in tijd naar het ziekenhuis van keuze te lang is, en de 112-dekking in het interventiegebied in gevaar zou komen, mag de operator van de 112 de afwijking niet toestaan. De afwijking is een gunst, geen recht. Voor de laatste twee uitzonderingssituaties is het de provinciale Commissie Dringende Geneeskundige Hulpverlening, gebaseerd op het KB van 10 augustus 1998, die de operationele invulling van die afwijkingen kan bepalen.

Dat brengt me terug tot het taalprobleem waar de provinciale Commissie Vlaams-Brabant gevoelig voor is, geheel terecht overigens. De Commissie gaf een taalgerichte invulling van de voorziene uitzonderingen. Ze heeft Nederlands opgenomen in de lijst van specifieke diagnostische of therapeutische middelen van de ziekenhuizen en heeft Nederlandstalige ziekenhuizen binnen de provincie geïdentificeerd. Het gaat om een positieve lijst waarbij patiënten de garantie hebben dat ze in het Nederlands geholpen worden.

Ten tweede heeft ze de nodige simulaties gedraaid, waaruit blijkt dat met een maximale tijdsafwijking van twaalf minuten alle bewoners van de provincie de spoedgevallendiensten van een Nederlandstalig ziekenhuis kunnen bereiken.

Op basis van de twee voorgaande elementen heeft zij in een duidelijke afwijkingsprocedure voorzien die stelt dat indien de patiënt of diens omgeving vraagt dat de patiënt wordt afgevoerd naar een Nederlandstalig ziekenhuis, de operator maximaal twaalf minuten mag afwijken van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Concreet komt dit er dus op neer dat een patiënt in de Druivenstreek naar een Nederlandstalig ziekenhuis vervoerd zal worden als hij dat vraagt en men binnen die twaalf minuten blijft.

Er is hier een belangrijke uitzondering, waarop ik straks terug zal komen. Ik wil eerst inzoomen op het

gegeven dat de patiënt of zijn omgeving zelf moet vragen naar een Nederlandstalig ziekenhuis vervoerd te worden. Doet hij dat niet, zullen de normale regels van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, ongeacht de taal, gevolgd worden. Ik vermoed dat veel mensen zich daar onvoldoende van bewust zijn. Wij moeten dus inzetten op sensibilisering en communicatie. Ik zie dan ook een belangrijke taak weggelegd voor de lokale besturen. Ik zal mijn diensten vragen een brief te sturen naar de lokale besturen met een duidelijke toelichting van de regels en van het belang de bewoners ter zake te informeren. Ik zal ook de gouverneur van de provincie Vlaams-Brabant daarover aanspreken.

Dit brengt mij op de uitzondering op de afwijking die zo netjes georganiseerd is door de provinciale Commissie van Vlaams Brabant. Wij blijven in situaties van dringende geneeskundige hulpverlening, en prioritair blijft uiteraard dat de operator de 112-dekking moet kunnen blijven garanderen. In die optiek is het vervoerd worden naar een ziekenhuis met de taal van keuze geen absoluut recht. Men merkte met name in Leuven dat hier toch nog een probleem was en dat niet in alle situaties waar het systeem een afwijking zou toelaten, daar een gunstig gevolg aan gegeven werd.

Mijn diensten hebben dat nader onderzocht. Daaruit bleek dat in Vlaams Brabant de gewoonte bestond, wanneer het te druk werd op de spoedgevallendienst, een ziekenhuis de noodcentrale 112 kon contacteren met de vraag tijdelijk, gedurende 1 of 2 uur, de patiënten van de 112 door te verwijzen naar andere ziekenhuizen. Men zou dat kunnen vergelijken met het spreidingsplan van de covidpatiënten, maar dan voor 112-patiënten.

Zeker in de Druivenstreek werd dat geregeld toegepast door grote ziekenhuizen, met als gevolg dat de 112 niet meer kon ingaan op vragen tot afwijking door taal. Er is uiteraard zeer veel begrip voor de overdrukte en de -bevraging van de spoedgevallendiensten, maar de situatie was niet optimaal. Mijn federale gezondheidsinspectie is daarop in overleg gegaan met de ziekenhuisdirecties. Ongeveer een jaar geleden is de gewoonte om de spoed tijdelijk te sluiten voor patiënten van de 112 effectief stopgezet.

Ik veronderstel dat we met die verschillende beslissingen en maatregelen een goede oplossing kunnen bieden aan de Nederlandstalige patiënten uit de Druivenstreek die naar een Nederlandstalig ziekenhuis vervoerd wensen te worden bij een acuut medisch probleem. Ik herhaal wel dat de vraag gesteld moet worden door de patiënt en zijn omgeving en dat de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening niet in gevaar mag komen.

Om ook in die gevallen een optimale zorg te kunnen bieden, is de federale gezondheidsinspectie in gesprek gegaan met de Franstalige ziekenhuizen om hen nogmaals te wijzen op het belang om de Nederlandstalige patiënten zoveel mogelijk in hun eigen taal te helpen, uiteraard per definitie in de gevallen waarvoor ze hiertoe wettelijk verplicht zijn, maar ook in de gevallen waarvoor ze hiertoe niet wettelijk verplicht zijn.

28.03 **Karin Jiroflée** (Vooruit): De wet van 1964 legt terecht een beperking van keuzevrijheid van de patiënt op. U zegt dat de afwijking een gunst is en geen recht en dat is helemaal terecht. Veiligheid, en in dit geval snelheid, gaan voor.

Toch merk ik dat men erop blijft terugkomen dat heel veel mensen in de streek wellicht niet weten wat hun mogelijkheden zijn. Ik ben dus bijzonder verheugd dat u de lokale besturen zult inschakelen. Zij zijn het beste geschikt om hun inwoners zo snel mogelijk te bereiken met informatie. Voor sommigen zal dat wellicht nieuwe informatie zijn. U zegt dat de overbevraging van de spoeddiensten en de daarmee gepaard gaande gewoonte om de spoeddienst een paar uren te sluiten nu is opgeheven gedurende een jaar. Dat is bij heel veel mensen, en misschien zelfs bij personeel van de MUG, nog niet heel goed doorgedrongen.

Dat is een pleidooi om de diensten erop te wijzen dat zij die nieuwe manier van werken ter harte moeten nemen en dat de lokale besturen zo goed mogelijk op de hoogte moeten worden gebracht. Ik denk dat dit een goede methodiek is.

Ik dank u alvast voor de inspanningen die u hiervoor levert.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ik heb begrepen dat het antwoord op vraag nr. 55034845C van mevrouw Vanpeborgh nog niet klaar is.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.05 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 05.