Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 14 MARS 2023

Après-midi

_____

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 14 MAART 2023

Namiddag

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 03 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.03 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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 teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'aide médicale urgente et la fermeture des départs 112 de Libramont et d'Amay" (55034113C)
01 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende medische hulpverlening en de sluiting van de 112-uitrukposten in Libramont en Amay" (55034113C)

01.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, la question du financement de l'aide médicale urgente est une problématique que nous abordons régulièrement, nous vous avions d'ailleurs interrogé à ce propos en octobre dernier, lors de l'annonce malheureuse de la fermeture des départs 112 de Libramont et d'Amay.*

Bien heureusement, quelques jours après l'annonce, ces services d'urgence tenus par la Croix-Rouge ont finalement pu poursuivre leurs activités; un moratoire d'un an ayant pu être convenu entre syndicats et direction.

Lors de notre question en octobre dernier, vous nous annonciez qu'il était essentiel de renforcer l'aide médicale urgente au niveau du financement.

C'est ainsi que 14,2 millions d'euros vont être investis en 2023 afin, notamment, d'indexer les montants actuels et de faire face à l'augmentation générale du nombre de trajets 112. Pour 2024, en me référant à votre note de politique générale, je constate qu'il est question d'un montant structurel de 69,180 millions d'euros supplémentaires. Il s'agit bien évidemment d'un montant significatif, mais j'aimerais profiter de cette question pour vous faire part de l'inquiétude des départs 112 de Libramont et d'Amay et de leur situation qui est toujours délicate.

En effet, si nous prenons le cas du centre de Libramont et compte tenu des montants prévus pour 2023, leur déficit devrait passer de 295 000 € à 260 000 €. En 2024, il serait question d'un déficit de 140 000 €. Si rien ne change jusqu'à ce moment-là, un arrêt du départ 112 sera, je le crains, inévitable.

Il y aura toujours cette possibilité de reprise par la Zone de secours locale. Mais cette reprise aura un coût encore plus élevé et au final, nous savons très bien que cette répercussion devra être supportée par les communes et/ou la province.

En d'autres termes, c'est le citoyen qui payera plus cher pour un même service.

Monsieur le ministre, parce que secourir, soigner, sauver des vies nécessite des départs 112 rapides et opérationnels, voici mes questions:

Des discussions relatives à la situation du centre 112 de Libramont et d'Amay ont-elles actuellement lieu avec la Croix-Rouge?

Comment pouvez-vous rassurer les travailleurs de ces centres ainsi que les citoyens susceptibles d'avoir recours à leurs services?

Des mécanismes de soutien supplémentaires peuvent-ils être envisagés?

Comment analysez-vous cette situation au regard de la future refonte du paysage 112 (Système PIT – Paramedical Intervention Team)?

Je vous remercie pour vos réponses

01.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur Piedboeuf, vous posez des questions sur l'évolution du budget. Permettez-moi de dire que ce sont les difficultés de l'ensemble des services ambulanciers qui ont été prises en considération pour l'augmentation conséquente du budget. Comme vous l'avez cité, le budget des subsides pour l'aide médicale urgente atteindra 91 millions d'euros en 2023, 146 millions en 2024 et 239 millions d'euros en 2025. Il s'agit quand même d'une augmentation conséquente.

Je veux aussi que l'aide médicale urgente soit réformée afin de pouvoir faire face d'une façon encore plus efficace et optimale aux besoins de nos citoyens. Au sein du Conseil national des secours médicaux d'urgence, quatre groupes de travail ont été créés afin de m'apporter les réponses requises à cet effet.

La Croix-Rouge, comme d'autres, a été reçue au cabinet et par l'administration pour nous exposer ses soucis. Les règles d'octroi du subside fédéral sont réglées par arrêté royal et sont pareilles pour tous. J'insiste sur cela.

01.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. Je sais que vous prenez toute une série de mesures pour faire des efforts. Cela concerne tout le monde mais quand on fait une analyse spécifique de la situation de ces deux postes-là, on se rend compte que le déficit, même s'il se réduit, va persister. Et s'il persiste, cela entraînera un arrêt des services, qui seront alors probablement pris en charge par les zones de secours. Mais dans ce cas, cela retombera sur le dos des communes et de la province. Donc, malgré les efforts qui sont faits, cela ne va pas sauver le service.

On peut vraiment s'interroger sur le fait que l'État fait appel à des opérateurs privés – également pour les prélèvements de sang – et ces opérateurs sont en déficit. Nous avons un souci à ce sujet mais je sais que vous y êtes attentif et je vous remercie de votre attention.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours à l'AMU dans le cadre d'interventions non urgentes" (55034132C)
02 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het inroepen van dringende geneeskundige hulpverlening voor niet-dringende zorg" (55034132C)

02.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, en janvier dernier, les bourgmestres de la zone de secours de Verviers ainsi que le personnel secouriste de la zone de secours ont exprimé leur frustration face à la recrudescence des mobilisations d'équipes d'aide médicale urgente (AMU) par le 112 pour des transferts non urgents.

La problématique est double. D'une part, les personnes concernées pointent la mobilisation par la centrale 112 d'une ambulance et de son personnel, dans le cadre d'une intervention médicale visiblement non urgente relevant parfois même de la médecine générale. D'autre part, elles dénoncent la mobilisation d'ambulances pour des transferts entre hôpitaux non urgents et relevant du simple transport de patients qui ne nécessite aucune assistance médicale immédiate. La liberté des hôpitaux de déterminer le caractère urgent ou non d'un transfert semble causer un recours trop fréquent aux missions urgentes, celles-ci étant davantage remboursées pour le patient.

Monsieur le ministre, s'agit-il d'un phénomène ponctuel ou d'une tendance plus générale? Quelles sont, selon vous, les raisons de cette recrudescence de mobilisation de l'AMU pour des transferts non urgents? Des mesures doivent-elles être mises en place pour mieux réguler le système? Qu'en est-il des avancées en matière de remboursement pour les patients lors de transferts intra-hospitaliers?

02.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Zanchetta, le problème existe effectivement. Nous ne pouvons le nier. Afin d'y apporter des réponses, j'ai déjà entamé plusieurs chantiers fédéraux mais les entités fédérées ont également un rôle important à jouer.

Le premier élément clé est la définition de l'aide médicale urgente dans la loi de 1964. L'aide médicale urgente y est définie comme toute intervention qui résulte de l'appel au système unifié. L'appel au 112 fait que légalement, on se retrouve dans l'aide médicale urgente. Aucune notion de critère d'urgence médicale n'est prévue. Afin de remédier à cette situation, nous utilisons le *Manuel belge de la régulation médicale*. Sur la base des protocoles de ce manuel, le préposé 112 va décider de la filière la plus appropriée pour le patient, et la médecine générale fait partie des options. Mais afin de pouvoir rediriger vers la médecine générale, celle-ci doit être disponible, ce qui n'est pas le cas partout, à tout moment. La plateforme des postes de garde, le SPF et l'INAMI se penchent actuellement sur ce deuxième élément.

Un troisième élément est la disponibilité des moyens de transport médical non urgent (TMS). Dans certaines régions, il y a peu de permanences de ces TMS. Donc, à partir d'une certaine heure, les citoyens ne peuvent plus faire appel au service de ces derniers et se voient obligés d'appeler le 112, si un transport par ambulance est nécessaire. Je précise que les TMS relèvent de la compétence des entités fédérées. Des solutions doivent être trouvées à ce niveau.

Le quatrième élément est le prix des TMS. Comme vous le savez, l'intervention du 112 a été forfaitarisée. Le coût de cette intervention est d'environ 62 euros pour le citoyen. Le coût des TMS est souvent bien plus élevé que l'AMU, ce qui pousse certains citoyens à choisir l'aide médicale urgente, même s'il ne s'agit pas d'un transport urgent. Je répète que le coût de ces transports non urgents relève de la compétence des entités fédérées.

J'ai pris l'initiative de créer un groupe de travail inter-administratif pour étudier cette problématique, en espérant que nous pourrons trouver des solutions. Mais tous les niveaux de pouvoir doivent prendre leurs responsabilités.

02.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Chers collègues, je tiens ici à vous informer que le ministre peut rester parmi nous jusqu'à environ 18 h 50.

03 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van het WHO-onderzoek naar de oorsprong van het covidvirus" (55034358C)
03 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de l'enquête de l'OMS sur l'origine du coronavirus" (55034358C)

03.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, we lazen in de pers dat het onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) naar de oorsprong van het SARS-CoV-2-virus is stopgezet. Een

van de redenen zou zijn dat China het niet aanvaardbaar vond dat ook maar geopperd werd dat het virus ontsnapt zou kunnen zijn uit een laboratorium.

Onderzoekers denken dat er, mede door de weinig coöperatieve houding van China, geen verdere doorbraak in het onderzoek te verwachten valt. Men blijft dan bij de veronderstelling dat het virus ontstaan is door een besmetting van vleermuis op mens.

Dat doet vragen rijzen. Wat is uw mening over de houding van China in het onderzoek? Zijn de WHO-lidstaten ingelicht over de stand van zaken en de oorzaak van het stopzetten van het onderzoek? Welke oorzaak werd er vermeld? Wat is de reactie van de lidstaten daarop? Hebt u namens België gereageerd op de houding van China? Op welke manier zal ervoor worden gezorgd dat de lidstaten in de toekomst goed meewerken in dergelijke kwesties? Wordt China op een of andere manier terechtgewezen of beboet voor zijn houding?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Als land hechten wij heel veel belang aan onderzoek naar de oorsprong van het coronavirus. Wij steunen alle inspanningen van de WHO daartoe. Ik hoef u er niet van te overtuigen dat zo'n oorsprongsonderzoek cruciaal is om toekomstige uitbraken te voorkomen.

De WHO heeft het onderzoek naar de oorsprong van het COVID-19-virus niet stopgezet en is duidelijk niet van plan enige actie stop te zetten vooraleer de oorsprong gekend is. Op een persconferentie op 15 februari 2023 was dokter Tedros, de directeur-generaal van de WHO, daar heel duidelijk over, toen hij zei dat de WHO-missie naar Wuhan in januari 2021 fase 1 van het onderzoek uitmaakte, waarover de WHO in maart 2021 een openbaar verslag heeft uitgebracht, en dat de activiteiten van de SAGO (Scientific Advisory Group for the Origins of Novel Pathogens) fase 2 van het onderzoek vormen. Die tweede fase bestaat onder meer uit een evaluatie van de beschikbare wetenschappelijke en technische bewijzen, van studies alsmede van de adviesverlening aan de WHO over studies als een leidraad naar de oorsprong van pathogenen met een epidemisch en pandemisch potentieel.

Alle mogelijke hypothesen blijven op tafel liggen totdat alle lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie de nodige onderzoeken hebben gedaan. We kijken dus uit naar verdere resultaten van deze activiteiten van de SAGO.

Met betrekking tot uw vraag of wij gereageerd hadden, heerst er een misverstand. In het algemeen dringt de Europese Unie in naam van de lidstaten – dus ook in onze naam – binnen de Wereldgezondheidsorganisatie aan op verder onderzoek. De Europese Unie benadrukt het belang van een wetenschappelijke werkwijze, onafhankelijk onderzoek, transparantie en samenwerking.

U had ook vragen over de toekomst. Ik nam vandaag nog deel aan een debat van de Raad van de Europese ministers van Volksgezondheid, waarbij het volgende ook nog is aangestipt. Op dit ogenblik onderhandelen de lidstaten van de Wereldgezondheidsorganisatie over een internationaal verdrag met het oog op mogelijke pandemieën. Dat verdrag heeft het over een betere preventie, een betere voorbereiding en een betere respons. In dat opzicht hechten wij niet alleen veel belang aan de totstandkoming van dat verdrag, maar ook aan de transparantie die via dat verdrag de regel moet zijn tussen de landen, zeker bij het begin van een nieuwe uitbraak. We dringen erop aan dat dat niet bij mooie woorden blijft, maar ook in dat verdrag concrete vorm krijgt.

Parallel onderhandelen we over de herziening van de zogenaamde *International Health Regulations* om specifieke uitdagingen en lacunes met betrekking tot de verspreiding van ziektes en het beleid ter zake aan te kaarten.

U vraagt ten slotte of China wordt terechtgewezen. De waarheid gebiedt te zeggen dat de Wereldgezondheidsorganisatie op dit ogenblik geen mandaat heeft om lidstaten te dwingen volledig mee te werken aan een of ander initiatief en evenmin een mandaat om een soort van terechtwijzing te geven aan een lidstaat, of het nu China of een klein land is.

De Wereldgezondheidsorganisatie kan, afhankelijk van de informatie die ze van de lidstaten zelf krijgt, bijstand en hulp verlenen wanneer lidstaten dat vragen, maar ze is niet de baas over de lidstaten. De Wereldgezondheidsorganisatie blijft aandringen op samenwerking en medewerking vanwege China om dat onderzoek ter plaatse te kunnen laten vooruitgaan. Ik kan u zelfs meegeven dat eind december 2022 de directeur-generaal, dokter Tedros, met een brief nog eens bij China heeft aangedrongen op

medewerking aan dat onderzoek.

03.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft aan dat het onderzoek niet is stopgezet. Het is logisch dat het onderzoek niet in zijn geheel is stopgezet, maar het blijft onduidelijk wat de oorsprong is en hoe het is ontstaan. Dat wij echter niet meer welkom zijn in China, lijkt mij nogal duidelijk. Ook het feit dat u aangeeft dat dokter Tedros zelf via onder meer brieven erop aandringt om transparant te blijven, te zijn en te worden, schept niet erg veel vertrouwen. Wanneer wij dan lezen dat het de missie is van de Wereldgezondheidsorganisatie om wereldwijd "volksgezondheid op basis van wetenschap" te promoten, dan moeten wij echt eisen van de lidstaten dat ze zich op die basis aligneren. Als wij dat niet doen en dat standpunt niet aannemen ten aanzien van de andere lidstaten, dan schept dat een gevaarlijk precedent. Het zou aantonen dat een organisatie als de WHO maar zo sterk is als haar zwakste schakel.

Er is veel kritiek geweest op de Wereldgezondheidsorganisatie, wegens het laattijdig ingrijpen en laattijdig inzien hoe ernstig COVID-19 was. Het zou ook goed zijn, mocht eens worden bekeken hoe een en ander heeft gefunctioneerd. Er wordt nu inderdaad gewerkt aan het nieuwe pandemieverdrag en de *International Health Regulations* zullen herbekeken worden. Ik heb trouwens aan het secretariaat gevraagd om ook daarover van gedachten te kunnen wisselen in deze commissie. Ik kijk ernaar uit om dat binnenkort te kunnen doen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De variatie tussen ziekenhuizen" (55034367C)
04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variation entre les hôpitaux" (55034367C)

04.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, eind 2022 werd door de KU Leuven en het UZ Leuven een studie gepubliceerd waarin de variatie tussen ziekenhuizen wat betreft ziekenhuismortaliteit, heropname in het ziekenhuis binnen 30 dagen en opnameduur werd bekeken gedurende een periode van 10 jaar, meer bepaald van 2008 tot 2018.

Dat was een interessante studie, omdat zij opvallende resultaten opleverde. Het goede nieuws is dat er een dalende ziekenhuismortaliteit en een dalende verblijfsduur waren in die periode, maar er was wel een stijgend percentage voor heropnames, wat minder goed nieuws is. Er zijn ook regionale verschillen. Er waren een hogere mortaliteit en een langere verblijfsduur in Brussel en Wallonië, maar er was dan weer een hoger heropnamepercentage in Vlaanderen. Academische ziekenhuizen kennen een lagere mortaliteit en verblijfsduur, maar een hoger heropnamepercentage in vergelijking met algemene ziekenhuizen. Het bleek ook dat een hoger opnamevolume geassocieerd is met betere uitkomsten.

Ziekenhuizen die niet goed presteren, blijven in de loop van de tijd systematisch onder de benchmark, terwijl ziekenhuizen die al goed presteren dat ook blijven doen. Op welke manier kunnen de onderpresteerders worden gemotiveerd en bijgestaan om naar het gewenste resultaat te evolueren?

De verlaging van een klein deel van de ziekenhuisvergoedingen wanneer heropnames plaatsvonden binnen 10 dagen na ontslag, ingevoerd in 2014, heeft blijkbaar geen groot verschil gemaakt voor het heropnamepercentage. Overweegt u het heropnamepercentage op een andere manier onder de aandacht te brengen? Worden de resultaten bijvoorbeeld uitgewisseld tussen ziekenhuizen? Is er een verklaring voor de stijging van de heropnames?

Er wordt ook een lans gebroken voor benchmarking. Hoe ziet u dat? Welke uitkomsten moeten volgens u publiek raadpleegbaar zijn? Denkt u dat benchmarking belangrijk is? Zo ja, hoe zult u ziekenhuizen motiveren om hieraan deel te nemen?

Enkele pathologieën blijken bijzonder onderhevig te zijn aan interhospitaalvariabiliteit. Zullen die pathologieën extra worden opgevolgd?

Denkt u ten slotte dat het aangewezen is in de toekomst gelijkaardige studies te bestellen om de evolutie van de kwaliteit van de zorg te kunnen opvolgen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, u stelt een hele reeks echt interessante vragen, maar toch zal ik een redelijk kort antwoord geven. Ik denk dat de studie op de eerste plaats en misschien vooral illustreert dat administratieve data zoals minimale ziekenhuisgegevens op een zeer zinvolle manier gebruikt kunnen worden om bepaalde performantie-indicatoren over ziekenhuizen te kunnen vergelijken. Natuurlijk is het belangrijk dat er een grondige analyse volgt, waarbij men de interpretatie baseert op analyse. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om de oorzaak van heropnames te kennen vooraleer er conclusies aan te verbinden. Overigens, slechts ter illustratie en zonder er verder een uitspraak over te doen, tussen 2008 en 2018 zien wij een zeer beperkte stijging van heropnames, van 4,8 % naar 5,2 %. De eerste vraag daarbij luidt of die stijging significant is. Een dergelijke analyse vind ik niet direct terug in de cijfers die u citeert, maar is toch belangrijk.

Met die voorzichtigheid in het achterhoofd kan benchmarking op basis van goed geselecteerde en gevalideerde performantie-indicatoren inderdaad helpen om degene die onderpresteren aan te moedigen tot verbetering. Een mix van zowel proces- als resultaatsindicatoren kan daarbij zinvol gebruikt worden. De koppeling daarvan aan financiële prikkels kan dat bekrachtigen. Dat is exact wat ik wil bereiken door *pay for performance* een veel groter gewicht te geven in de ziekenhuisfinanciering, die ik wil hervormen. Ik heb een voorstel ingediend bij de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, gericht op *pay for performance*, gebaseerd op gevalideerde indicatoren. De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen heeft al een antwoord bezorgd en dat ben ik nog aan het analyseren, vooraleer ik een besluit formuleer. Ik denk alvast wel dat we die richting uit moeten.

04.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, we lijken het erover eens te zijn dat het belangrijk is om data die we al hebben goed te gebruiken en daar conclusies uit te trekken. Ik ben ervan overtuigd dat het principe van benchmarking, of het nu intern of publiek is, sowieso op zich al een prikkel voor artsen en zorgverstrekkers vormt om beter te presteren en te willen evolueren naar die top van beste presteerders. Ook het uitwisselen van goede praktijken is een goede prikkel. Vaak weten mensen niet van elkaars aanpak en waarom bijvoorbeeld bepaalde ziekenhuizen betere resultaten boeken dan andere. Dat interne debat is heel belangrijk. Financiële prikkels zijn ook mogelijk, waarom niet.

Wat ik enigszins mis in uw antwoord is in hoeverre u vindt dat dit ook publiek bekend moet zijn. Ik meen niet dat elk gemeten resultaat publiek gemaakt moet worden, maar ik vind het wel belangrijk dat een gezondheidssector die met publieke middelen werkt transparant is tegenover de patiëntenpopulatie omtrent de kwaliteit van de zorg.

Ik ben dus benieuwd naar het besluit dat u zult nemen in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Ik moedig alvast het gebruik van benchmarking en transparantie aan.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Je vais rappeler ce que j'ai déjà dit ce matin à l'ensemble des membres de la commission. Si certains souhaitent reporter leurs questions, parce qu'ils assistent à une autre réunion, cela ne me pose pas de problème – tant que cela ne se répète pas trop souvent, parce que cela risque de compliquer la gestion de notre agenda et la tâche du ministre pour qu'il puisse apporter les bonnes réponses aux bonnes questions. La souplesse est donc permise.

En cas d'absence, je rappelle que si vous n'en avez informé personne, votre question devient sans objet. Si vous nous avez avertis, vous pouvez la reporter à la réunion suivante. Enfin, si vous êtes de nouveau absent – pour des raisons qui vous appartiennent et qui peuvent être tout à fait valables –, le report est impossible, si bien que votre question est automatiquement transformée en question écrite. C'est la procédure que nous appliquons à partir du Règlement, qu'il a fallu compléter à la suite d'accords conclus en 2012.

05 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suites à donner à l'amende infligée par l'ABC à Novartis pour abus de position dominante" (55034507C)
05 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stavaza inzake de door de BMA aan Novartis opgelegde boete wegens misbruik van machtspositie" (55034507C)

05.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre,*

Le 14 février, Je vous interpellais au sujet de l'amende infligée par l'Autorité Belge de la Concurrence à Novartis pour abus de position dominante (Lucentis).

Je souhaite revenir sur certains points de votre réponse et sur d'autres pour lesquels vous ne m'aviez pas répondu:

Vous avez indiqué que le contrat avec Novartis sur le Lucentis n'a pas été prolongé en 2021. Pourriez-vous nous éclairer sur cette décision? Est-ce que c'est un contrat qui prenait fin en 2021 ou est-ce que c'est vous qui avez décidé d'y mettre fin? Pourriez-vous nous éclairer quant à cette décision?

Vous avez indiqué analyser avec l'INAMI les actions possibles vu que la société et l'assurance maladie avaient été lésées. Pourriez-vous nous éclairer sur les actions envisagées et sur le délai dans lesquelles les actions envisagées seront mises en œuvre?

Vous n'avez pas répondu à ma demande de disposer de l'ensemble des documents des discussions, des écrits et des décisions de l'INAMI et de l'AFMPS dans ce dossier, vu que vous exercez la tutelle sur ces instances. Je vous demande donc de disposer de l'ensemble des documents, décisions entre l'AFMPS et les firmes pharmaceutiques, entre l'AFMPS et l'INAMI et entre les firmes et l'INAMI, ainsi qu'entre les ministres successifs de la santé publique qui seraient concernés par ce dossier et les différentes administrations et firmes. Dans quel délai allez-vous nous transmettre ces documents, nécessaires pour faire la transparence dans ce dossier?

Je vous remercie pour votre réponse.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Pour répondre à votre première question, les spécialités Lucentis ont été remboursables via un contrat à partir du 1er avril 2016 pour une période de 36 mois. À l'issue de ce contrat, un nouveau contrat de 24 mois a été conclu, arrivant à échéance au 1er avril 2021. Lors de l'évaluation, qui a eu lieu en fin de contrat, nous avons décidé de ne pas prolonger ce contrat, mais de demander à la firme Novartis d'introduire un dossier auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) afin d'envisager l'inscription définitive – donc sans contrat – des spécialités Lucentis.

En fin de contrat et uniquement pendant la durée de la procédure CRM, il y a eu une période transitoire pour pouvoir passer par cette procédure. La firme Novartis a donc introduit un dossier de demande de remboursement en date du 7 mai 2021. À la suite de cette demande, les spécialités Lucentis ont été inscrites de façon définitive – sans contrat – sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1er avril 2022.

Pour répondre à votre deuxième question, des réunions doivent se tenir à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) dans le courant des prochaines semaines, mais il est encore trop tôt pour pouvoir communiquer sur le contenu des actions et les délais de la mise en œuvre. Toutes les ressources sont actuellement concentrées sur la finalisation de la convention en vue du remboursement des injections intravitréennes du bevacizumab, qui a été approuvé par le Comité de l'assurance le 6 mars afin qu'il puisse entrer en vigueur le plus rapidement possible.

Concernant votre dernière question, à la suite de la demande introduite par la commission de la Santé et de l'Égalité des chances en date du 16 février 2023 auprès de l'INAMI, l'ensemble des documents relatifs aux différentes procédures de remboursement des spécialités Lucentis a été fourni au secrétariat en date du 24 février 2023.

05.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je prends bonne note de votre réponse. C'était en fait à chaque fois parce que c'était la fin des contrats que cela a mené à une évolution dans le dossier.

Le deuxième élément, c'est qu'on a effectivement reçu un ensemble de documents que j'ai déjà pris la peine d'examiner. Quand, en parallèle, j'examine toute l'analyse de l'Autorité belge de la concurrence, je me rends compte qu'il y a beaucoup de choses dont nous ne disposons pas. Je ne vais pas commencer à faire la liste des éléments qui m'intéressent et qui n'ont pas été fournis.

05.04 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Nous avons fourni tout ce qui a été demandé. Tout!

05.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Alors, je dois le dire autrement. Nous n'avions pas établi de liste des documents souhaités. Nous avions tout demandé. On nous a fourni des documents. Ce que j'en conclus, c'est qu'il y a beaucoup de choses qui, à titre personnel, m'intéressent mais qui ne figurent pas parmi les documents fournis.

05.06 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Fonck, excusez-moi de vous interrompre mais le secrétariat de la commission a demandé les dossiers de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). D'ailleurs, dans ma réponse précédente, j'avais parlé de la CRM. On a fourni ces documents. Il vous faut alors établir une autre liste de documents.

05.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, quand je vous ai interrogé, j'ai demandé tous les documents. Vous avez répondu qu'on pouvait s'adresser au secrétariat de la CRM pour les obtenir. C'est la raison pour laquelle, à mon avis, le secrétariat vous a adressé la demande vers la CRM. Je reviens vers vous aujourd'hui, en vous disant qu'il y a d'autres documents: des documents de l'Autorité belge de la concurrence et de l'AFMPS, un projet d'arrêté royal de 2015 qui n'a jamais été plus loin que les coulisses, etc. Je peux continuer ainsi.

Si vous voulez que je vous fasse une liste, je vais vous faire une liste précise, de A à Z, de tous les documents sur lesquels tout le monde campe. L'enjeu n'est pas de refaire l'histoire. Celle-ci est faite et c'est dommage. Des erreurs importantes ont été commises à mes yeux, y compris par les autorités. Mais l'enjeu ici est de ne pas répéter demain les mêmes erreurs que l'on a commises sur ce dossier, *in fine* au détriment des patients et des coûts de santé publique. Cela s'est fait au détriment d'un budget que l'on aurait pu utiliser à autre chose.

Monsieur le président, je déposerai une nouvelle question avec la liste des documents que je veux pouvoir obtenir et qui auraient logiquement dû être mis à disposition de la commission. Je ne sais pas combien de fois on va devoir interroger les ministres pour obtenir la transparence sur ce dossier.

Le **président**: Avant de laisser répondre le ministre, je précise que, de ce que je me souviens, le ministre a dit que les dossiers clôturés pouvaient être transmis. C'est ce que le secrétariat a demandé puisqu'il a fait référence à la réponse du ministre.

05.08 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, l'Autorité belge de la concurrence (ABC) a tranché pour la période jusque 2015. Qu'on ne me dise pas que c'est un dossier en cours.

Le **président**: La CRM a fourni ces documents. Maintenant, si d'autres documents sont intéressants, je peux tout à fait l'imaginer. Je laisse alors la parole au ministre.

05.09 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Sans vouloir en débattre, il faut songer au fait que l'ABC est de la compétence du ministre de l'Économie et de l'Emploi.

05.10 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ne vous inquiétez pas. J'ai évidemment interrogé le ministre Dermagne à ce sujet.

05.11 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Les documents…

05.12 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Il n'est pas normal que nous ayons dû attendre autant d'années, en comparaison avec d'autres pays, ni que la sanction soit plus microscopique qu'elle ne l'est ailleurs. Comme je savais que ce n'était pas de votre ressort, je ne vous ai pas interrogé à ce propos.

Je ne suis pas en train de parler de l'ABC, mais de structures qui dépendent d'administrations sur lesquelles vous exercez directement une tutelle. Je pense à l'AFMPS, à des projets d'arrêtés royaux qui datent quand même d'il y a huit ans et qui étaient destinés à accorder une autorisation hors label d'Avastin. Huit ans! C'est à ce moment que les textes devaient sortir. Donc, quelqu'un a quand même tenu la plume pour les rédiger, avant qu'ils ne soient gelés. Oui, l'INAMI dépend bien de vous. Dès lors, monsieur le ministre, la transparence doit être faite dans ce dossier. Je continuerai à glaner les informations qui ne sont pas apportées spontanément.

Le **président**: Merci, madame Fonck. Je suppose que M. le ministre attend votre liste et que nous y reviendrons.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement du groupe de travail Licences obligatoires" (55034521C)
06 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken van de werkgroep Dwanglicenties" (55034521C)

06.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): *Meneer de minister, zoals al eerder werd besproken raadde het KCE in haar studie naar ons wetsvoorstel over dwanglicenties aan om een werkgroep op te richten. Deze werkgroep zou zich moeten buigen over de vraag wat buitensporige prijzen zijn.*

Op 21 juni 2022 sprak u zich positief uit over dat voorstel en op 29 november 2022 bevestigde u, in een antwoord op mijn schriftelijke vraag, dat op 24 oktober 2022 werd beslist om deze werkgroep op te richten. U stelde dat er een lijst was opgesteld van mensen die waarschijnlijk deel zullen uitmaken van de werkgroep. U vertelde ook dat het de bedoeling is dat de werkgroep uiterlijk begin 2023 zou samenkomen, de deadlines zouden dan worden besproken.

Mijn vragen aan u:
• Is de werkgroep reeds samengekomen? Zo ja, hoe vaak en wanneer? Zo nee, wanneer zullen ze de eerste keer samenkomen?
• Wie zetelt er in deze adviesraad en in welke hoedanigheid?
• Heeft de werkgroep zichzelf ondertussen deadlines opgelegd? Zo ja, welke deadlines?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Merckx, op initiatief van mijn collega Pierre-Yves Dermagne en mijn beleidscel heeft een eerste vergadering van de werkgroep plaatsgevonden op 17 januari en een tweede vergadering op 6 maart.

Zoals vermeld in het KCE-rapport, werd de werkgroep opgericht met gezondheidseconomen, experten in het octrooi- en mededingingsrecht, patiëntenvertegenwoordigers en experten uit relevante overheidsdiensten, met name het Kenniscentrum, het RIZIV, de FOD Economie, de FOD Volksgezondheid, de FOD Sociale Zekerheid, het FAGG en de Belgische Mededingingsautoriteit.

Tijdens de vergadering van 17 januari presenteerde de BMA haar ervaring met buitensporige prijzen en de FOD Economie de algemene context van dwanglicenties op Belgisch, Europees en mondiaal niveau. De FOD Economie heeft ook voorstellen tot wijziging van artikel XI.38 van het Wetboek van economisch recht (WER) ingediend. Het hoofddoel is de invoering van een mechanisme voor *government use* en de verduidelijking van de gronden waarop in het belang van de volksgezondheid licenties kunnen worden verleend.

De werkgroep is op 6 maart opnieuw bijeengekomen om de voorstellen tot wijziging van artikel XI.38 van het WER nader te onderzoeken, zodat ze kunnen worden opgenomen in een bijkomend wetsontwerp, dat nog tijdens de huidige legislatuur zou kunnen worden goedgekeurd.

Mevrouw Merckx, het gaat dus vooruit.

06.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'impact de la pollution de l'air sur la santé" (55034397C)
07 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De impact van luchtvervuiling op de gezondheid" (55034397C)

07.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le président, monsieur le ministre, aujourd'hui, on estime que 9 000 personnes par an décèdent prématurément à cause de la pollution de l'air en Belgique.*

S'il est déjà difficile de faire attention à ce que l'on consomme, il est quasi impossible de faire attention à l'air que l'on respire et à sa qualité.

Ainsi, si l'impact à court terme sur la santé est déjà préoccupant de par l'effet irritant que provoque l'inhalation de polluants comme le dioxyde d'azote, l'impact à long terme de l'exposition aux particules fines est particulièrement inquiétant: troubles cardio-respiratoires mais également cancers sont favorisés.

Le problème est que nous ne sommes pas tous égaux face aux particules fine: si elles n'ont aucun effet (ou pratiquement pas) sur certaines personnes, d'autres peuvent perdre de cinq à dix ans de vie.

Si des efforts sont fournis, en particulier à Bruxelles où la pollution est plus importante, on estime tout de même que nous perdons en moyenne deux ans d'espérance de vie, contre un an autrefois.

Monsieur le ministre, aviez-vous connaissance de ces chiffres? Les confirmez-vous et quel est votre avis sur le sujet? Qu'est-il mis en place actuellement sur le territoire belge pour améliorer la qualité de l'air? Des discussions sont-elles en cours pour de nouvelles initiatives? Si oui, lesquelles et avec qui? Outre les conséquences néfastes citées supra, disposez-vous d'études et/ou de données sur d'éventuelles autres conséquences que pourrait avoir cette pollution sur la santé? Certaines parties de la population sont-elles plus fragiles aux particules fines? Je pense par exemple aux enfants et aux personnes âgées?

07.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Rohonyi, les chiffres varient quelque peu d'une source à l'autre mais il est vrai qu'un nombre de décès prématurés sont dus à l'exposition à la pollution de l'air, en particulier aux particules, au dioxyde d'azote et à l'ozone. Ma collègue, la ministre Khattabi est compétente pour l'Environnement et travaille en étroite collaboration avec les Régions pour améliorer la qualité de l'air selon le principe *One Health*. Je me permets de vous réorienter vers elle pour ce qui concerne les actions dans ce domaine.

Permettez-moi toutefois de souligner que la qualité de l'air intérieur est généralement encore plus mauvaise que celle de l'air extérieur. Or nous passons environ 85 % de notre temps à l'intérieur. C'est pourquoi il est important de prendre des mesures dans ce domaine également.

Pour améliorer cette qualité de l'air intérieur, nous pouvons ventiler et purifier l'air. Toutefois, il est important que la qualité de l'air à l'extérieur, là où nous l'introduisons dans le bâtiment, soit aussi bonne que possible. Nous pouvons aussi commencer à purifier l'air, soit en le filtrant dans l'unité de ventilation, soit en appliquant la purification de l'air à l'intérieur du bâtiment.

Avec la loi du 6 novembre 2022, j'ai déjà pris une initiative législative pour améliorer cette qualité de l'air intérieur dans tous les lieux accessibles au public et je crois qu'une bonne qualité de l'air intérieur contribue à des gains de santé sur différents fronts, notamment en ce qui concerne des substances nocives et des maladies infectieuses. Là aussi, il faut travailler car les conséquences d'une mauvaise qualité de l'air à l'intérieur engendrent des coûts importants au niveau de la santé mais aussi du PIB.

07.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Merci, monsieur le ministre. Je vous avoue que je m'attendais à une réponse un peu plus développée sur ce sujet qui, à mon sens, la méritait. La pollution de l'air est un enjeu de santé publique, vous l'avez dit, et il s'agit ici d'éviter des maladies chroniques voire des décès prématurés.

Votre réponse montre l'absurdité de la répartition des compétences, à savoir que l'air extérieur relève plutôt de la ministre du Climat et de ses homologues des entités fédérées et que, pour l'air intérieur, le fédéral peut prendre les devants, notamment grâce à la loi que nous avons votée et que vous avez rappelée. Je pense qu'il serait intéressant d'évaluer cette loi plutôt que de prévoir des mesures en son sein. Une évaluation permettrait de savoir de quelle manière actualiser cette loi pour protéger les personnes les plus fragiles – en particulier les enfants et les personnes âgées – des particules fines.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door 65-plussers" (55034544C)
08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang par les personnes de plus de 65 ans" (55034544C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de Hoge Gezondheidsraad (HGR) vaardigde onlangs een advies uit met betrekking tot de bloeddonatie door 65-plussers. Men kwam tot de conclusie dat de bloeddonatie door 65-plussers moet worden afgeraden. Dat is strenger dan het huidige beleid, waarbij 65-plussers bloed mogen geven als ze de laatste drie jaar nog donor waren.

Het Rode Kruis, de grootste inzamelaar van bloed, vond dit advies blijkbaar moeilijk te begrijpen. Volgens hen zijn er weinig problemen met deze oudere donoren. Bovendien behoren ze vaak tot een laagrisicogroep.

Er was al eerder kritiek op de werkwijze van de HGR. Die kritiek klinkt naar aanleiding van dit advies opnieuw. Er lijkt eerder *eminence based* dan evidencebased gewerkt te worden, wat vandaag toch onaanvaardbaar is. Er blijkt ook geen methodologie vast te liggen om tot adviezen en richtlijnen te komen. Het is ook vreemd om dit zeroriskadvies naast het advies over de bloeddonatie door MSM te leggen. De risicodrempel die daar werd gehanteerd, lijkt op een heel ander niveau te liggen.

Mijnheer de minister, hoe beoordeelt u het advies van de HGR? Werd volgens u dezelfde risicodrempel gehanteerd als voor het MSM-advies? Werd dezelfde methodologie gehanteerd?

Moet volgens u een strikte wetenschappelijke methodologie worden gehanteerd? Wordt dit gecontroleerd?

Wordt er door de HGR steeds dezelfde methodiek gehanteerd? Zo ja, welke?

Waarom blijven de HGR en het KCE naast elkaar bestaan? Wie krijgt welke opdrachten? Zou het niet beter zijn om beide instellingen te laten samensmelten?

Zult u een doorlichting van de HGR adviseren in verband met de gehanteerde methodiek, bijvoorbeeld door het KCE of door Cebam?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, ik had een zeer specifieke vraag gesteld, namelijk wat de mening van de Hoge Gezondheidsraad is over het toelaten van nieuwe donoren, dus

mensen die nog geen donor zijn, boven de leeftijd van 65 jaar. De Hoge Gezondheidsraad heeft een veel breder probleem belicht. Een van de conclusies was dat deze toelating geen goed idee is. De raad heeft wel een veel breder advies gegeven dan dat. Het is wat delicaat voor mij om te beginnen discussiëren over de wetenschappelijke methoden als ik een advies krijg dat op het concrete punt zegt dat mijn idee geen goed idee is. Ik heb dat dus niet gedaan en ik zal dat vandaag ook niet doen. Ik heb uw opmerkingen wel aan de Hoge Gezondheidsraad bezorgd.

Ik wil wel op enkele concrete punten ingaan. Er is een verschil tussen bloeddonatie door MSM en bloeddonatie door donoren ouder dan 65 jaar. Bij de MSM-donoren ging het eigenlijk over het gezondheidsrisico voor de patiënt die bloed ontvangt. Voor donaties door donoren ouder dan 65 jaar was het probleem eigenlijk dubbel. Enerzijds is er een mogelijk risico voor de mensen die het bloed ontvangen, anderzijds is er een mogelijk risico voor de donor. De context is hier enigszins anders dan bij MSM. Bij MSM ging het namelijk over twee wetsvoorstellen. Bij bloeddonatie door donoren ouder dan 65 jaar had ik de algemene vraag of er een bezwaar was.

Het verschil met MSM was dat men daarvoor nogal wat gegevens en praktijken had geput uit ervaringen in andere landen, terwijl de Hoge Gezondheidsraad zegt dat er over bloeddonatie door mensen boven 65 jaar eigenlijk geen concrete empirische gegevens zijn. Ze presenteerden wel een analyse van de theoretische risico's. Daarom luidde hun antwoord niet dat ze het aanvaarden of afraden, maar dat ze het niet aanbevelen. Dat is natuurlijk een voorzichtig antwoord, dat misschien is overgekomen alsof ze het afraden, maar uit de tekst van de Hoge Gezondheidsraad bleek dat het antwoord uitermate genuanceerd was. Ze bevelen dit niet aan.

Ik zal mij niet uitspreken over de communicatie die daarop is gevolgd, maar die was kordater. Die klonk alsof we zeiden dat het moest afgeraden worden. De tekst van het advies, op basis van een theoretische risicoanalyse, was gewoon dat ze dat niet aanbevelen.

We moeten nadenken over het voortdurend toetsen van methodes. Ik zal daar nu geen verder commentaar op geven, maar ik denk dat de Hoge Gezondheidsraad voor zichzelf moet uitmaken welke methode men in dat geval moet gebruiken en of die methode de toets van alle kritiek doorstaat. De mensen van de Hoge Gezondheidsraad hebben gezegd dat zij geen enkele wetenschappelijke publicatie hebben ontvangen die de 78 geanalyseerde wetenschappelijke referenties tegenspreekt of zou aantonen dat men belangrijke studies over het hoofd zou hebben gezien. Als u weet hebt van dergelijke studies, dan kunt u ze altijd bezorgen aan de Hoge Gezondheidsraad. Voor de rest wil ik mij niet uitspreken over de methode.

Een fusie of iets dergelijks met het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg staat op dit ogenblik niet op de agenda.

08.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik hoor aan de manier waarop u de toelichting geeft dat u zelf ook bedenkingen hebt. U geeft zelf aan dat de methodologie die werd gebruikt voor het MSM-advies en de methodologie die nu werd gebruikt, verschillend zijn. Zoiets kan niet. Er moet een heel strikte wetenschappelijke methodologie worden toegepast voor elk advies dat wordt gevraagd.

Het is trouwens niet de eerste keer dat er kritiek komt op de manier waarop de Hoge Gezondheidsraad zijn adviezen opstelt. Er was het advies rond kernenergie, het advies over de MSM-bloeddonoren en het advies over mutagene en hormoonverstorende agentia, waarop heel wat kritiek is gekomen. U zegt dat dit voor u delicaat is, omdat u om het advies hebt gevraagd en dit misschien niet helemaal strookte met wat u verwachtte te zullen krijgen. U zegt dat de Hoge Gezondheidsraad voor zichzelf moet uitmaken of de methodologie die wordt gebruikt wel correct is. Persoonlijk denk ik dat het beter zou zijn om die analyse eens te laten maken door bijvoorbeeld het Kenniscentrum of Cebam.

Een tijd geleden heeft een fusie tussen het KCE, de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano wel degelijk op de agenda gestaan. Dat proces is afgebroken en dat is jammer, want ons kennislandschap wat gezondheid betreft is echt wel versnipperd. Het is helemaal niet duidelijk wie wanneer welk advies mag verlenen en waarom. Ik stel dus voor dat er een opdracht wordt gegeven om de methodologie die gebruikt wordt door de Hoge Gezondheidsraad te laten analyseren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09 Samengevoegde vragen van
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het OMT in Nederland n.a.v. de inschatting van COVID-19 als 'endemisch'" (55034549C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronapandemie" (55034695C)
09 Questions jointes de
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis de l'OMT aux Pays-Bas concernant la qualification du Covid-19 comme endémique" (55034549C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de coronavirus" (55034695C)

09.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het Nederlandse Outbreak Management Team (OMT) besliste onlangs om COVID-19 niet langer te beschouwen als een pandemie, maar als een endemisch virus. Maatregelen zoals testen, isolatie en de mondmaskerplicht in de zorg kunnen daardoor wegvallen. Het jongste advies van de RAG daarentegen adviseert een handhaving van de huidige regels. Meer specifiek gaat het om het recentste advies dat ik vond bij de opstelling van mijn vraag, mogelijk is dat ondertussen al veranderd.

Mijnheer de minister, hoe schat de RAG momenteel de situatie in? Is die ondertussen ook bij ons te beschouwen als endemisch? Vindt daaromtrent overleg plaats met de omringende landen? Overlegt de RAG bijvoorbeeld regelmatig met het OMT in Nederland?

Wat is volgens de RAG het moment om de situatie als endemisch te gaan beschouwen? Wat zou dat betekenen met betrekking tot de maatregelen?

Denkt u dat zorgverstrekkers ondertussen zelf kunnen beoordelen in welke omstandigheden een mondmasker zinvol is in een zorgcontext?

09.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, comme l'a expliqué Mme Gijbels, il semblerait que la manière de percevoir le covid ne soit pas la même selon les organismes et selon les experts.

En Belgique, Sciensano partage régulièrement les chiffres liés au covid. Il apparaît, aujourd'hui, que les contaminations et les hospitalisations augmentent, contrairement aux décès.

Pour certains experts, vu la situation, la vigilance doit rester de mise. C'est l'opinion de M. Yves Coppieters, épidémiologiste à l'ULB, qui nous a d'ailleurs soutenus lors de nos travaux en commission spéciale Covid. Il estime que nous ne nous trouvons pas encore dans une situation endémique puisque des pics épidémiques continuent de surgir dans certains endroits du monde, notamment en Chine. Pour d'autres experts tels que l'infectiologue, M. Yves Van Laethem, la pandémie est terminée, du moins officieusement, et ce, bien que le virus n'ait pas disparu.

Monsieur le ministre, les chiffres actuels vous inquiètent-ils ou traduisent-ils une possibilité de reprise future de l'épidémie? Pourquoi?

Comment expliquez-vous les divergences d'opinion selon les experts et selon les organismes? Quel est votre positionnement concernant cette éventuelle "fin de pandémie"?

Les groupes de travail mis en place durant la pandémie continuent-ils à suivre la situation? De quelle manière? Quelles sont leurs conclusions? On sait que le Risk Assessment Group (RAG) suit la situation en vue de proposer des niveaux de gestion. Au regard de sa dernière analyse datant du 10 mars dernier, autrement dit, il y a quatre jours, nous en sommes encore au niveau de gestion 2, avec une légère augmentation de la circulation virale et une stabilisation des hospitalisations. Dispose-t-on aujourd'hui de projections pour les prochaines semaines? Ce niveau de gestion pourrait-il évoluer? Si

oui, de quelle manière?

09.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijn collega Steven Creyelman heeft een vraag over hetzelfde onderwerp. Misschien kan die ook worden toegevoegd?

09.04 **De voorzitter:** Aangezien de heer Creyelman afwezig is, zal zijn vraag later aan bod komen. Het zijn geen samengevoegde vragen.

09.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst antwoorden op een element uit de vraag van mevrouw Rohonyi. Daarna kom ik tot mijn antwoord op de vraag van mevrouw Gijbels, dat gelijkloopt met de andere vragen van mevrouw Rohonyi.

Madame Rohonyi, à l'échelle mondiale le SARS-CoV-2 continue de circuler. Le 27 janvier 2023, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a évalué que le covid-19 constituait encore une urgence de santé publique de portée internationale, car la mortalité due au covid-19 à l'échelle mondiale est encore élevée par rapport aux autres infections respiratoires et parce qu'il n'est pas exclu que de nouveaux variants avec différentes propriétés biologiques émergent. Il est toujours important pour nous d'examiner avec attention les positions et analyses de l'OMS. Cette réponse de l'OMS concernant le niveau international constitue donc une donnée essentielle.

Voor België beoordeelt de RAG wekelijks de epidemiologische situatie van COVID-19.

Mevrouw Gijbels, in plaats van te beslissen of het virus wel of niet endemisch is, gebruikt de RAG een beheersinstrument om de epidemiologische situatie te beoordelen op basis van drie niveaus. Daarbij wordt op elk niveau gedefinieerd wat de relevante drempelwaarden zijn voor verschillende indicatoren. Het zijn die drempelwaarden die bepalen of men van het ene niveau naar een ander niveau gaat.

Op niveau 1 is de epidemiologische situatie onder controle.

Op niveau 2 wordt een stijgende virale circulatie vastgesteld die kan resulteren in een belasting van het gezondheidszorgsysteem.

Op niveau 3 is er sprake van een hoge virale circulatie met een risico op overbelasting van het gezondheidszorgsysteem.

Ik citeer uit het schema van de RAG voor België.

Op dit moment wordt de situatie op niveau 2 ingeschat, omdat de Sars-CoV-2-circulatie en de COVID-19-gerelateerde ziekenhuisopnamen op het ogenblik dat ik het antwoord liet schrijven eerder toenamen en veeleer bij niveau 2 aanleunden dan bij niveau 1. Dat is eigenlijk de manier waarop dat bekeken wordt. Ik kom dadelijk tot nog wat bredere beschouwingen.

Er is over die benadering geen specifiek overleg tussen de Belgische RAG en het Nederlandse OMT, maar de RAG houdt bij zijn wekelijkse evaluatie natuurlijk wel rekening met de situatie in de buurlanden. Er is ook overleg op Europees en op internationaal niveau, via het ECDC en via de WHO.

Ik kom nu tot uw andere vragen.

Wat nu volgt, is heel belangrijk. Ik was vanmiddag op de Raad van de ministers van Volksgezondheid. Daar zei de leidende ambtenaar van het ECDC juist hetzelfde: we kijken nu niet alleen naar COVID-19. Als we onze situatie beoordelen in termen van infecties die rondgaan met een impact op de luchtwegen, dan houden we ook rekening met andere luchtwegaandoeningen en maken we dus een ietwat ruimere beoordeling. Dit is wat men op Europees niveau aanraadt. We moeten dus niet alleen naar COVID-19 kijken, maar ook naar griep en naar RSV. Dat doen we ook in België.

Dat is ook de reden waarom een extra indicator wordt opgevolgd: het aantal huisartsenconsultaties voor griepverschijnselen. We zullen dat beheersinstrument, dat ondertussen wat breder kijkt wanneer die drie niveaus worden bepaald, de komende maanden verder evalueren met de bedoeling om tot een

steeds meer geïntegreerde epidemiologische inschatting te komen.

Dat hangt samen met het toekomstige beleid inzake mondmaskers. Daarover liggen ideeën en adviezen voor, die naar die drie beheersniveaus verwijzen. Ze preciseren wat er op elk niveau dient te gebeuren. Daarover plegen de bevoegde ministers nu intens overleg met de betrokken sectoren: de ziekenhuissector, de woonzorgcentra, enzovoort. We willen immers komen tot een zeer gedragen stelsel van gerichte aanbevelingen – niet zozeer (algemene) verplichtingen – voor het gebruik van mondmaskers afhankelijk van het niveau van viruscirculatie. We ronden dat momenteel af. Ik hoop dan ook dat dat volgende week helemaal klaar is, zodat ik samen en eensgezind met de andere bevoegde ministers in de IMC een stelsel van aanbevelingen kan afronden. Dat stelsel is gebaseerd op dit beheersinstrument, waarbij we ons in België niet afvragen of we moeten spreken over een endemische of een pandemische situatie.

09.06 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, als er een pandemie is die een grote belasting kan veroorzaken voor een ziekenhuis of de zorg in het algemeen, kan ik heel goed begrijpen dat men adviezen uitvaardigt en richtlijnen verspreidt, waardoor de bevolking zo weinig mogelijk risico loopt om elkaar te besmetten. Ik snap dat evenwel minder goed in een zorgcontext, omdat het zorgpersoneel het gewoon is met infecties om te gaan en aan infectiepreventie te doen. Zij weten toch perfect wat zij moeten doen om besmettingen te voorkomen. In die zin begrijp ik niet goed waarom de laatste maatregel inzake de mondmaskers nog altijd geldt in de zorgsector. Ik verneem dat er overleg zal plaatsvinden met de zorgsector. Het is heel positief dat de sector daarbij wordt betrokken. Ik veronderstel dat de sector zal aangeven dat hij dat perfect zelf kan inschatten en daarover beslissen.

09.07 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse. Il en ressort que la Belgique a choisi de ne pas choisir entre pandémie et endémie. Peu importe, ai-je envie de dire, puisqu'il apparaît que nous en sommes encore au stade pandémique. Comme l'a indiqué l'OMS, le virus continue de circuler à l'échelle planétaire, entraînant une mortalité élevée en plusieurs continents. Nous avons vu, lors de la crise sanitaire, que la Belgique n'était pas un île. C'est pourquoi elle se doit de tenir compte du contexte mondial. Au plan national, c'est le niveau 2 qui a été retenu par le RAG, à savoir un risque de surcharge de nos hôpitaux. C'est bien cela qui doit nous préoccuper.

Je vous remercie pour ces informations et pour l'analyse en cours de la manière dont les niveaux de gestion sont déterminés. Il importe en effet de tenir compte du covid aussi bien que des autres infections respiratoires qui, en se combinant, peuvent exercer une grande pression sur nos hôpitaux.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan global de lutte contre les assuétudes" (55034583C)
10 Vraag van Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het globaal plan voor de bestrijding van verslavingen" (55034583C)

10.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, le premier ministre a récemment annoncé les grandes lignes du plan d'action fédéral en sept piliers pour lutter contre la criminalité liée à la drogue.

Ces mesures importantes de lutte contre la mafia de la drogue s'imposaient. Elles s'imposent bien sûr à Anvers mais aussi sur l'ensemble de notre territoire pour mettre un terme à ce fléau. Cette mafia est un fléau, qui affecte toutes les victimes. Nous l'avons évoqué il y a quelques jours à peine dans notre commission: derrière la drogue, il y a aussi des victimes. Il n'y a pas que des coupables de faits délictueux.

Parallèlement à ces mesures, une approche globale est nécessaire, en ce compris en matière de santé publique. De votre côté, vous avez déjà pu évoquer, lors de nos échanges d'il y a deux semaines à peine, les grandes lignes du plan d'action fédéral, visant notamment à avoir une approche préventive en termes de santé publique.

Monsieur le ministre, pourriez-vous détailler les mesures qui seront mises en œuvre par vos services, en termes de santé publique? Pourriez-vous m'indiquer également si des concertations sont en cours avec les entités fédérées? Ce n'est en effet pas uniquement la responsabilité du fédéral, c'est aussi une responsabilité des entités fédérées, notamment dans le domaine de la prévention.

10.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur Rigot, merci pour cette question. Je vais me limiter aux procédures et à la définition des étapes, sans entrer dans le contenu. J'espère que vous ne m'en voudrez pas car le contenu doit encore être décidé en concertation avec tous ceux qui sont concernés.

La méthodologie et le planning pour la rédaction d'une nouvelle stratégie belge en matière de drogues ont effectivement été discutés et approuvés au niveau de la cellule générale de politique "drogues" et sont à l'ordre du jour de la prochaine réunion thématique "drogues" de la CIM Santé publique fin du mois, pour validation officielle. J'ai demandé que les travaux commencent déjà pour avancer dans ce dossier.

Au niveau de la méthodologie et du planning de la rédaction, il y a un accord. Je crois avoir dit dans une réunion précédente que c'était pour le 6 mars. C'était une étape intermédiaire mais au niveau de la réunion thématique "drogues" de la CIM Santé publique, j'espère avoir une validation officielle complète vers la fin du mois de mars.

La stratégie belge en matière de drogues sera élaborée en concertation avec tous les acteurs compétents, dont les entités fédérées. Il s'agit d'une stratégie globale et intégrée dans laquelle tous les piliers de la politique belge en matière de drogues seront abordés dont la prévention, la réduction des risques, le traitement, le rétablissement et la répression et la sécurité.

Un groupe de travail *ad hoc* de la Cellule générale de politique "drogues" sera chargé de rédiger le document. Celui-ci devrait être approuvé par ladite Cellule et la réunion thématique "drogues" de la CIM Santé publique avant la fin 2023. C'est l'objectif que je me suis fixé. J'espère que tous les autres acteurs qui sont concernés et tous les collègues aideront à atteindre cet objectif au niveau du timing. Je suis plutôt optimiste.

10.03 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces informations. Nous serons attentifs à ces échéances que vous avez données. Je suis convaincu comme vous qu'il faut avancer et pouvoir atterrir d'ici la fin de l'année 2023. C'est un plan nécessaire pour tous.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De systematische overconsumptie bij bevallingstrajecten" (55034406C)
11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surconsommation systématique lors des trajets de soins d'accouchement" (55034406C)

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag werd mij ingegeven door bemerkingen van patiënten die met de problematiek geconfronteerd zijn. Om de effectiviteit van de zorg en de toegang ertoe voor wie ze nodig heeft te garanderen, moeten we erover waken dat er geen systematische overconsumptie van diensten plaatsvindt. Die kan bijvoorbeeld door ziekenhuizen worden opgedrongen wanneer ze bij een zwangerschapstraject bijkomende afspraken inplannen met andere vroedvrouwen dan degenen die de bevalling daadwerkelijk zullen begeleiden. We vernamen dat bij een aantal van deze trajecten patiënten gevraagd werd om twee consultaties te ondergaan bij een vroedvrouw die enkel als doorverwijzende vroedvrouw dienstdeed. Die diensten worden dan wel doorgerekend en terugbetaald, maar niet-noodzakelijke stappen in het zorgtraject zorgen wel voor een overhead en een verminderde keuzemogelijkheid.

Meent u dat zich hier een probleem voordoet van toegankelijkheid en betaalbaarheid? Meent u dat de keuzemogelijkheid op die manier beperkt wordt, aangezien de vroedvrouw door het ziekenhuis is

aangeduid? Dient er een onderscheid gemaakt te worden tussen een terugbetaald traject en een traject met bijkomende afspraken? Is dit voorbeeld van een dubbele kost verantwoord?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Hoewel ik niet twijfel aan de waarachtigheid van uw relaas en het feit dat mensen dat zo ervaren hebben, moet ik zeggen dat ik geen weet heb van een zorgtraject voor zwangere vrouwen dat via het RIZIV zou worden opgelegd of, zoals u suggereert, opgedrongen. Het RIZIV legt zulke zorgtrajecten niet op.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat gebeurt via het ziekenhuis.

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik denk dat u het inderdaad hebt over prenatale zorgpaden die door ziekenhuizen en eerstelijnszones zijn ontwikkeld met de bedoeling een complete, gestructureerde en gecoördineerde zorg voor alle zwangere vrouwen te garanderen, ongeacht het risiconiveau van de zwangerschap. Ik ga ervan uit dat bij het uitwerken van die zorgpaden de betrokken organisaties zich gebaseerd hebben op de algemene principes van een universele en geïntegreerde prenatale opvolging zoals aanbevolen door het KCE in zijn rapport *Naar een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laagrisicozwangerschappen* uit 2019. Dat hield in dat bij het begin van elke zwangerschap een zorgplan wordt opgesteld in overleg met de aanstaande moeder. Dat plan omvat alle aspecten van prenatale zorg en bevalling tot de eerste zes weken na de geboorte. Afhankelijk van de behoeften kunnen bij dit zorgpad verschillende zorgverleners worden betrokken: gynaecologen, vroedvrouwen, huisartsen, kinesitherapeuten, psychologen of maatschappelijk werkers die in ziekenhuizen of ambulant werken.

Het opvolgschema voor een laagrisicozwangerschap kan variëren naargelang de lokale en regionale afspraken tussen zorgverstrekkers en de keuze van de zwangere vrouw. De consultaties bij de vroedvrouw die u als voorbeeld aanhaalt in uw vraag, lijken mij binnen deze afspraken tussen de verschillende zorgverstrekkers te kunnen passen. Deze geïntegreerde prenatale zorgpaden mikken op een grote toegankelijkheid van de zorg voor alle zwangere vrouwen, ongeacht het risiconiveau van de zwangerschap. De vrije keuze van de aanstaande moeder staat ook steeds centraal.

Uiteraard moet een systematische overconsumptie van diensten altijd worden vermeden en dienen de voorwaarden die zijn opgenomen in de nomenclatuur van de verschillende betrokken sectoren te worden nageleefd. Ik denk bijvoorbeeld aan het maximale aantal van 12 prenatale zittingen dat bij een laagrisicozwangerschap door een vroedvrouw mag worden aangerekend in het kader van artikel 9 van de nomenclatuur.

Ik spreek mij hier niet uit over de verschillende mogelijke zorgtrajecten waarover uw relaas ongetwijfeld gaat, want ik heb daarover te weinig concrete informatie. Er zijn zoals gezegd wel enkele basisprincipes die moeten worden gerespecteerd, zoals de vrije keuze van de patiënt en het vermijden van onnodige verstrekkingen.

Wat ik u wel kan zeggen, maar dat ligt eigenlijk naast het probleem dat u aankaart, is dat de Algemene raad van het RIZIV in de begroting van 2022 een budget van 10 miljoen euro ter beschikking heeft gesteld voor de ontwikkeling van een zorgtraject voor de kwetsbare zwangere vrouwen. Een werkgroep, met vertegenwoordigers van alle zorgverleners die daarbij betrokken zijn, heeft de contouren daarvan uitgewerkt. Ik ben in overleg met mijn collega's van de deelstaten om dat zorgtraject zo snel mogelijk op te starten, maar dit is natuurlijk een nieuw initiatief dat wij nemen, gericht op kwetsbare vrouwen. Dat ligt naast de trajecten in de voorbeelden waarover u het hebt en die vermoedelijk door ziekenhuizen worden georganiseerd.

11.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, misschien is het toch eens de moeite om het dieper te gaan onderzoeken? Ik ben het met u eens dat dergelijke geïntegreerde prenatale zorgtrajecten geënt moeten zijn op de noden van de moeder.

Ik ben het echter niet eens met het volgende. U zegt dat het zorgplan in samenspraak met de moeder wordt opgesteld. Als het een eerste kind is, laat men zich leiden. Als men dan de verwondering heeft dat er twee consulten worden uitgevoerd en aangerekend, die niet meer zijn dan een doorverwijzing van een vroedvrouw naar een andere vroedvrouw, dan stelt men zich daar vragen bij.

Er is inderdaad een vrije keuze. Die zou gegarandeerd moeten zijn. Wanneer een ziekenhuis echter

oplegt om naar een bepaalde vroedvrouw te gaan, die dan eenvoudigweg de vraag stelt wie de vroedvrouw is die zal begeleiden, zijn wij de openbare middelen niet optimaal aan het besteden. Ik denk dat u het daarmee eens bent. Het is niet omdat er 12 consulten terugbetaald kunnen worden, dat ze allemaal moeten uitgevoerd worden.

Als wij het dan hebben over de overbelasting van de zorg, moeten wij ook daar gaan kijken of de vroedvrouw in kwestie, die gewoon een doorverwijzende functie heeft, niet beter op een andere manier de patiënten zou kunnen helpen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De operationele problemen met de transitie tussen de logistieke partners" (55034407C)
12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes opérationnels dans la transition entre les partenaires logistiques" (55034407C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is niet de eerste keer dat ik u deze vragen stel, maar ik probeer ze zodanig te verfijnen dat het antwoord niet opnieuw omzeilend of misleidend kan zijn.

Over de samenwerking met en de transitie tussen de logistieke partners Medista en Movianto die u in gang hebt gestoken door een ander contract te sluiten, heb ik u al vragen gesteld en ik doe dat opnieuw. Werden er incidenten vastgesteld? Zo ja, welke? Wat liep er operationeel mis bij de overgang van de ene naar de andere logistieke partner? Hoeveel vaccins werden er beschadigd tijdens de transitie? Hoeveel vaccins dienden er daardoor vernietigd te worden?

Een aantal vaccins van Pfizer en Moderna zou bij een temperatuur van -80 °C vervoerd moeten worden. Gebeurde dit effectief? Worden er op dit moment vaccins van Pfizer en Moderna vernietigd? Hoeveel zullen er vernietigd worden tussen nu en eind augustus? Wat is de kostprijs of de raming van de kostprijs van deze vernietiging? Wat is de kostprijs van het ophalen van deze vaccins bij Medista en het vervoer aan -80 °C? Wat is de kostprijs of de raming van de kostprijs van het vervoer van Movianto naar de firma die de vernietiging zal uitvoeren? Welke lessen hebt u uit de transitie getrokken?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Op uw eerste vraag kan ik antwoorden dat er incidenten zijn gemeld, waaronder het versturen van beschadigd materiaal, het onduidelijk communiceren over de hoeveelheid te transporteren vaccins en materiaal, problemen met temperatuurloggers van vaccins, het versturen van gemengde palletten enz.

Wat uw tweede vraag betreft, verloopt de communicatie tussen de twee logistieke partners niet altijd even efficiënt. Dat heeft geleid tot enkele problemen met het opstellen van de planning, het doorsturen van paklijsten enz. De FOD heeft die problemen zoveel mogelijk proberen op te lossen door de dialoog tussen beide partners maximaal te bevorderen.

Ik kom tot de derde vraag. De transitie is nog niet afgerond. Momenteel kunnen we dus nog niet aangeven hoeveel vaccins beschadigd werden als gevolg van de transitie.

In antwoord op de vierde vraag geef ik u mee dat er nog geen vernietiging van vaccins heeft plaatsgevonden.

Voor de vijfde vraag geef ik eerst een algemene beschouwing. De Moderna-vaccins worden bewaard op -20° C en werden ook op die temperatuur getransporteerd. De Pfizer-vaccins worden bewaard op een temperatuur van -80° C en werden met *softboxes* en *dry ice* op die temperatuur naar Movianto getransporteerd. Dat voldoet aan de GDP-normen, dus de normen van *good distribution practices*.

Wat uw vraag 5a betreft, hebben we nog geen zicht op de totale aantallen vaccins die vernietigd zullen

moeten worden in de komende maanden. Momenteel kunnen we wel al aangeven dat er 3.232.300 definitief vervallen dosissen zijn. Dat zijn vaccins waarvoor we geen nieuwe stabiliteitsgegevens verwachten, waarvan de houdbaarheid dus niet meer verlengd kan worden. Tot die groep definitief vervallen vaccins behoren geen aangepaste vaccins.

Dan kom ik tot vraag 5b. Aangezien we nog niet weten hoeveel vaccins vernietigd zullen moeten worden, kunnen we de vernietigingskosten nog niet inschatten. Voor de al definitief vervallen dosissen, waarnaar ik zonet verwees, zou het ongeveer 15.000 euro kosten om ze door Indaver te laten vernietigen.

Uw vraag 5c: 252.186 euro komt overeen met de raming van de kosten voor het vervoer van de goederen tussen Medista en Movianto. We hebben nog niet alle facturen voor het transport van Movianto en de exitprocedure van Medista ontvangen. We kunnen de kostprijs daarvoor dan ook nog niet correct weergeven, overigens ook niet voor de voorbereiding van de *softboxes* op -80 °C.

Wat uw vraag 5d betreft, de firma die de producten vernietigt, zal zelf instaan voor het transport van de te vernietigen goederen. Daar staat dus geen afzonderlijke kostprijs voor vast.

Ik besluit met de zesde vraag. Open en eerlijke communicatie tussen alle partijen is van het grootste belang. Het is ook belangrijk om al van bij het begin van het bestek duidelijke regels en richtlijnen op te stellen voor bij een eventuele beëindiging van een overeenkomst. Dat zal de communicatie verduidelijken en een transitie structuur helpen geven.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het zal nooit goed komen, zo heb ik de indruk. De facturen die u tot vandaag hebt, bedragen van de ene firma meer dan 3,4 miljoen euro van de andere firma zowat 252.000 euro. Van andere bronnen heb ik gehoord dat wat u meegeeft, plots veel minder zou zijn. Ik heb de indruk dat u niet goed weet hoeveel die totale factuur zal bedragen. Van één ding ben ik zeker, het is meer dan 4 miljoen euro. Dat is meer dan de winst die u haalt uit de zogenaamde verandering van vaccindistributeur.

Waar u ook steevast over zwijgt, is de lading teruggekeerde vaccins. Die vaccins zijn dus opgehaald bij de ene leverancier, naar de nieuwe distributeur gebracht en opnieuw per abuis vervoerd naar de initiële leverancier, waardoor voor meer dan 300.000 euro aan vaccins niet onder optimale omstandigheden zijn vervoerd en vernietigd zullen moeten worden. U blijft in dit dossier mist spuien. U zei dat u van distributeur moest veranderen omdat dat een besparing van 4 miljoen zou opleveren, maar dat haalt u niet. Het klopt langs geen kanten, wat u hier telkens komt vertellen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het transport en de vernietiging van covidvaccins" (55034408C)
13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le transport et la destruction de vaccins contre le covid" (55034408C)

13.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft 600 palletten met medische hulpmiddelen, testen en testmateriaal die vervoerd zijn naar de firma Raes. Deze palletten werden verplaatst en onmiddellijk opnieuw voor transport klaargezet, ditmaal naar de firma die de IVD's moet vernietigen omdat ze ondertussen niet meer bruikbaar zijn. U wist dit, aangezien het merendeel afkomstig is uit de voorraad van de federale testplatforms, waarvan u de werking sowieso gaat afvoeren.

Klopt het dat deze IVD's – 600 palletten – werden verplaatst van de site van Medista naar de opslagfaciliteit van Raes? Klopt het dat deze lading naderhand vernietigd moet worden?

Hoeveel bedraagt de kostprijs van het transport van de opslagfaciliteiten van de firma Raes naar de site waar deze vernietigd zullen worden?

Wat is de kostprijs van het transport van de site van Medista naar de firma Raes?

Waarom werd ervoor geopteerd om deze lading eerst over te brengen naar een nieuwe opslagfaciliteit in plaats van deze meteen te laten vernietigen? Hoeveel bedroegen de opslagkosten hiervan?

U was overigens een dading aan het afsluiten met de firma Raes. Wat is hier de stand van zaken?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, om te beginnen, zou ik willen zeggen dat mijn antwoorden wel volstrekt kloppen. U laat zich natuurlijk elke week telkens weer nieuwe vragen influisteren door het bedrijf Medista, waarop ik zo goed mogelijk probeer te antwoorden. U komt dan met interpretaties die niet kloppen. Ik geef de antwoorden die ik kan geven. U doet maar, Medista doet maar. Ik zal ook enkel antwoorden op de vragen die u schriftelijk heeft ingediend.

Tot nu toe werden er tussen de 500 en 600 palletten verplaatst van de site van Medista naar de firma Raes. Het is niet de bedoeling dat deze hele lading vernietigd wordt. Enkel IVD-producten die niet bruikbaar zijn, zullen bestemd zijn voor de tweede vernietigingsronde, fase 2, die nog niet gepland is.

Als antwoord op uw volgende vragen, kan ik ten eerste meedelen dat fase 2 van de vernietiging nog niet gepland is. Er is dus nog geen transport van de firma Raes naar de site van vernietiging georganiseerd.

Ten tweede is de werkelijke totale kostprijs nog niet bekend, omdat er nog wat transport moet worden gefactureerd.

Ten derde werd er beslist om de lading IVD's over te dragen aan Raes, de nieuwe opslagfaciliteit, om de continuïteit van het stockbeheer te verzekeren. Zoals hierboven gemeld, is de gehele lading niet bedoeld om vernietigd te worden. Enkel de IVD-producten die niet bruikbaar zijn, zullen bestemd zijn voor een tweede vernietigingsronde. De IVD's bestemd voor fase 1 van de vernietiging werden rechtstreeks van Medista naar de vernietigingssite SGS gestuurd, zonder ooit bij Raes te zijn opgeslagen.

U mag dat ook nog eens uitleggen aan het bedrijf Medista.

13.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u kunt hier dus niet echt op antwoorden. Het is wel zo dat u een contract hebt afgesloten met de firma Raes ter waarde van 8 miljoen euro, op een moment waarop u al wist dat heel wat zaken vernietigd moesten worden. U geeft hier ook aan dat ze rechtsreeks naar Indaver zijn gebracht, wat goed is. Waarom hebt u echter dan nog die tender uitgeschreven? Dat blijft de vraag. Waarom hebt u de dading met de firma Raes afgesloten, wat ook over een paar miljoen zal gaan? Deze miljoenen zijn op die manier namelijk in het water gegooid.

Mijnheer de minister, u vindt het niet fijn dat er telkens opnieuw vragen gesteld worden. Als de rekeningen niet kloppen, blijft het echter mijn taak als parlementslid om u daarover te ondervragen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De logistiek achter de opdracht van B-FAST na de aardbeving in Turkije" (55034409C)
- Kathleen Depoorter aan Caroline Gennez (Ontwikkelingssamenwerking en Grote Steden) over "De kostprijs van het veldhospitaal van B-FAST en de eraan verbonden middelen en logistiek" (55034468C)
14 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La logistique de la mission B-FAST déployée à la suite du tremblement de terre en Turquie" (55034409C)
- Kathleen Depoorter à Caroline Gennez (Coopération au développement et Grandes Villes) sur "Le coût de l'hôpital de campagne de B-FAST, les moyens et la logistique déployés dans ce cadre" (55034468C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, naar aanleiding van de tragische ramp in Turkije en Syrië is het B-FAST-team naar Turkije getrokken voor het opzetten van een veldhospitaal. U hebt voor het vervoer van het medische materiaal voor het veldhospitaal een samenwerkingsakkoord met Movianto afgesloten.

Werd hiervoor een tender uitgeschreven? Valt deze dienstverlening onder de paraplu van het rescEU-programma? Ik vermoed van niet, maar indien dit wel zo is, is er dan een financiële bijdrage van Europa? U zegt dat rescEU alleen voor Oekraïne bedoeld werd en dat er zes opdrachten werden afgewerkt.

Heeft de consultant die de FOD Volksgezondheid voor rescEU aantrok een rol gespeeld in de opdracht of de ontplooiing van de voor B-FAST uitgevoerde werken? Zo ja, welke?

U kondigde aan dat de operatie van het medische team van B-FAST 8 miljoen euro zou kosten. Volgens uw collega, minister Lahbib, is de kostprijs van 5 miljoen euro van het veldhospitaal in deze 8 miljoen euro verrekend. Ziet u dat anders?

Welk medisch materiaal en welke geneesmiddelen werden er voor deze missie aangekocht? Wat is de kostprijs daarvan? Hoe werd het vervoer via Movianto georganiseerd en wat was de kostprijs daarvan? Het veldhospitaal is intussen overgedragen aan Turkije. Hoe zit het met de 5 miljoen euro die daarin werd geïnvesteerd? Wordt een deel daarvan gerecupereerd om een nieuw aan te kopen?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik zal eerst op uw eerste reeks vragen antwoorden en daarna op de tweede reeks.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Vraag tien hoort daar ook bij. U verwijst waarschijnlijk daarnaar.

14.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik heb antwoorden op de vragen nrs. 55034409C en 55034468C.

De **voorzitter**: Dat zijn inderdaad de vragen die werden gesteld.

14.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ik zal eerst antwoorden op uw vraag nr. 55034409C.

De Belgische overheid doet geen beroep op de logistieke partner Movianto voor transporten van medisch materiaal. De logistieke organisatie, inclusief het transport, wordt uitgevoerd door Defensie, zoals u kon vernemen in het nieuws.

Wat de eerste vraag betreft, aangezien Defensie de logistieke organisatie op zich neemt, is een tender niet aan de orde. Wat uw tweede vraag betreft, hebben de activiteiten geen link met een van de rescEU-projecten van de FOD Volksgezondheid. Vraag 2.a is niet van toepassing. Wat betreft vraag 3.b is het aan de Europese Commissie om te bepalen welke rescEU-voorraden voor welke ramp worden ingezet. Wat de derde vraag betreft, gelet op de piek in de werkdruk bij de dienst Crisisbeheer ten gevolge van de ontplooiing van het veldhospitaal, werd de consultant waarover u spreekt gedurende enkele dagen

mee ingezet voor mailboxbeheer en contacten met de vrijwilligers van B-FAST voor het logistieke beheer van deze operatie. Dat is ook conform het bestek overeengekomen met Movianto. Wat betreft vraag 4, de kostprijs van het opnieuw aankopen van een veldhospitaal wordt geraamd op 5 miljoen euro. Dat is vervat in de raming van 8 miljoen euro.

Nu zal ik antwoorden op uw vraag nr. 55034468C.

Wat betreft vraag 1, het medisch materiaal voor deze missie bestaat uit alle medische apparatuur nodig voor de installatie van een ziekenhuis met een werkende operatiezaal, een dagziekenhuis en 20 bedden. Het gaat onder andere over medische ventilatoren, beademingstoestellen, chirurgische instrumenten en toestellen voor sterilisatie. Het materiaal werd medegefinancierd door de *adaptation grant* van de Europese Commissie ten belope van 1,7 miljoen euro. Naast het reeds bestaande aangekochte materiaal uit het B-FAST-magazijn werd nog extra materiaal aangekocht in de aanloop naar de B-FAST-missie in Turkije. Het gaat dan om geneesmiddelen, medisch verbruiksmateriaal, materiaal voor de inrichting van de apotheek, gynaecologisch materiaal, chirurgisch materiaal, een echotoestel, stretchers, labomateriaal, producten voor ontsmetting en sterilisatie, vuilbakken en zakken voor medisch afval en papier voor het registratieformulier van de patiënten. Het gaat om een totaalbedrag van 650.000 euro. Dat bedrag is exclusief het medisch materiaal dat reeds aangekocht en aanwezig was in het B-FAST-magazijn. Een deel van het medische materiaal, zoals het x-raytoestel, een labotoestel en het medische materiaal ter installatie van de operatiezaal, werd geleverd door Defensie en is ook teruggekomen na de missie. Om het veldhospitaal weer helemaal operationeel te maken, werd de kostprijs geraamd op 5 miljoen euro. Die raming is gebaseerd op de inschatting voor de opbouw of heropbouw van de veldhospitalen binnen eenzelfde categorie van de andere Europese landen. Ik verwijs naar Roemenië, Frankrijk en Turkije.

Wat de tweede vraag betreft, B-FAST is een mechanisme en een samenwerking tussen de FOD Buitenlandse zaken, de FOD Volksgezondheid, de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Beleid en Ondersteuning. Het secretariaat van B-FAST is ondergebracht bij Buitenlandse Zaken. Buitenlandse Zaken en Defensie stonden in voor alle transport, zowel van het materiaal als van de vrijwilligers. Voor alle verdere vragen daarover verwijs ik graag door naar de ministers van Buitenlandse Zaken en van Defensie.

14.06 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik kan nog altijd niet opmaken wat de algemene kostprijs is van de concrete bijdrage vanwege de Belgische regering. Het veldhospitaal was reeds voorhanden en de 1,7 miljoen euro kwam vanuit Europa. Ik zal nogmaals moeten vragen hoeveel nieuwe middelen er precies besteed zijn aan het project.

De consultant die bij Movianto is tewerkgesteld door de FOD Volksgezondheid is als het ware een manusje-van-alles. Het is heel merkwaardig dat die persoon uiteindelijk een totaal andere functie uitvoert dan u beweerd hebt ten aanzien van de Raad van State. Ik blijf daar vragen bij hebben.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aankopen voor het veldhospitaal van B-FAST en de strategische stock" (55034410C)
15 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les achats destinés à l'hôpital de campagne de B-FAST et les stocks stratégiques" (55034410C)

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt daarnet gezegd dat er voor 1,7 miljoen euro aan materiaal door Europa is gekocht, voor 650.000 euro aan ander medisch of niet-medisch materiaal. Er is echter ook een bedrag van 200.000 euro voor nieuw medisch materiaal, waaronder ook geneesmiddelen, aan uw diensten gefactureerd.

Wat werd er aangekocht voor 200.000 euro bij de firma Braun? Waren die middelen niet in voorraad in de strategische stock?

Kon B-FAST eigenlijk gebruikmaken van de strategische stock voor de humanitaire interventie of kon dit niet?

Hoeveel werd er opnieuw aangekocht om de strategische stock eventueel aan te vullen?

Was de strategische stock ten tijde van de eerste aardbeving in het gebied niet voldoende om de missie van B-FAST te kunnen ondervangen?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, op basis van uw schriftelijke vraag wist ik eigenlijk niet naar welke factuur u precies verwees. Er zijn tot nu toe bestellingen voor medisch materiaal en geneesmiddelen geplaatst. Die bestellingen vormen de urgentietrousse van de artsen en verpleegkundigen, die telkens zo snel mogelijk ter plaatse verstuurd werd. Ik hernieuw mijn antwoorden natuurlijk niet altijd. Ik geef u het antwoord dat werd geformuleerd op het moment dat de vraag werd gesteld. Op het ogenblik dat u de vraag hebt gesteld, waren de leveringen lopende en de facturen werden verwacht.

Deze middelen waren niet in voorraad in de strategische stock. De nieuw aangekochte middelen zijn niet opgenomen in de strategische stock.

Er werd sufentanil via de strategische stock meegenomen door B-FAST voor de humanitaire interventie. Op het moment dat u de vraag hebt gesteld, werd er nog geen nieuwe aankoop van sufentanil gedaan.

De strategische stock heeft als doel tekorten op de Belgische markt op te vangen. Medisch materiaal en de geneesmiddelen die verbruikt worden in een veldhospitaal vallen daar niet onder. Aankopen bij een apotheek gebeurden op basis van voorschriften van artsen van B-FAST.

15.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er werden enkel verdovende middelen uit de strategische stock gebruikt om te helpen. Dat medisch materiaal en die geneesmiddelen zullen nodig geweest zijn, maar u herinnert zich zeker en vast dat een van de aanbevelingen van de covidcommissie was om een roterende strategische stock te organiseren. Ik denk dat hier toch wel een kans is gemist.

Wat sufentanil betreft, ik zal daarop in een volgende vraag terugkomen. Ik ben er immers niet zeker van dat het correct werd gestockeerd in de strategische stock, maar u hebt het blijkbaar toch opgestuurd.

Wat ik blijf missen in het volledige beleid rond de strategische stock en het rampen- en crisisbeheer, is dat men het FIFO-principe, waarover u het zo vaak hebt, niet toepast in eigen rangen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De speerpuntennota voor de farmasector" (55034411C)
16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La note de priorités concernant le secteur pharmaceutique" (55034411C)

16.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben al even in blijde verwachting van de speerpuntennota voor de farmasector. Nadat u het farmapact dat u had aangekondigd in uw beleidsverklaring in de vuilnisbak gooide, ging u immers over tot de lancering van een farmaspeerpuntennota.

Ik verneem nu echter vanuit de Europese Unie dat men het mogelijk wil maken om sneller goedkopere medicijnen beschikbaar te stellen. Hiervoor zou men de bescherming onder patent van tien naar acht jaar willen brengen. Als gevolg van de complexe en vertragende Belgische regelgeving krijgen Belgische patiënten anderhalf jaar later toegang tot innovatieve geneesmiddelen dan bijvoorbeeld Duitse patiënten.

Indien België akkoord gaat met de voorgestelde Europese regelgeving om de patenten met twee jaar in te korten, zouden geneesmiddelen onder het patent dus slechts zes jaar op de markt zijn vooraleer ze uit patent gaan en vervangen worden door generieken of *biosimulars*. Het is twijfelachtig of dit de toegang tot innovatie voor Belgische patiënten ten goede zou komen.

België beschikt op dit moment over verschillende incentives om de farmaceutische industrie aan te trekken. We spreken zelfs over een heuse *Pharma Valley*. We stellen echter vast dat onze buurlanden en andere Europese lidstaten of buurstaten op korte termijn zelf maatregelen genomen hebben om hun positie aantrekkelijker te maken.

Uw minister van Financiën kondigde ook een aantal fiscale maatregelen aan, weliswaar in de pers zoals meestal bij deze regering, in het kader van de fiscale hervorming. De farmaceutische sector is in ons land echter goed voor zowat 100.000 jobs die rechtstreeks aan de ontwikkeling en productie van medicijnen gelinkt zijn.

Aangaande het voornemen om de bescherming onder patent van tien naar acht jaar te willen brengen, had ik graag het standpunt van de regering vernomen. Hoe wilt u de beschikbaarheid van innovatieve geneesmiddelen aanpakken? Zult u hierover in dialoog gaan met de farmaceutische industrie?

Wat de incentives voor de *Pharma Valley* betreft, hoe wilt u deze verdedigen om zo de aanwezigheid en het aantrekken van investeringen in de toekomst veilig te stellen? Zult u initiatieven zoals de patent-box verdedigen? De farmaceutische sector geniet van een aantal RSZ-voordelen in het kader van R&D. In hoeverre zult u deze initiatieven verdedigen binnen de schoot van de regering?

Werkt u aan een kader voor combinatietherapieën? Dat heb ik hier ook al vaker op tafel gelegd.

U lanceerde, ook in de pers, de mogelijkheid tot *fast access*. In hoeverre is die ondertussen uitgewerkt en welke extra middelen zijn hiervoor toegewezen?

Ons land beschikt over het systeem van ETA-ETR voor *early access*. Hoeveel extra middelen zult u hiervoor vrijmaken?

Frankrijk beschikt ondertussen over een aanzienlijk *early access*-beleid dat duidelijk effectief is in de praktijk. Dat hebben we ook gehoord op de KickCancer-conferentie. Wilt u een soortgelijke inhaalbeweging doen?

Zal u binnen het geneesmiddelenbudget projecten lanceren of initiatieven nemen die ETA-ETR en *early access* of *fast access* inbedden in het geneesmiddelenbudget?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, met betrekking tot het Europese geneesmiddelenwetgevingspakket is het enigszins moeilijk, omdat wij het pakket officieel nog niet hebben gekregen. Er is een lek geweest via het blad *Politico*, waarin een hele hoop gegevens werden gegeven. De Europese Commissie heeft ze ook niet tegengesproken. Wij kunnen er met andere woorden dus van uitgaan dat die punten door de Europese Commissie zullen worden voorgesteld, onder meer het terugbrengen van de patentbescherming van tien jaar naar acht jaar, zij het met een aantal bijkomende elementen van extra bescherming, met name een aangepast schema van bescherming van patent, van marktdata en -regulering.

Ik wil daarover nog geen standpunt geven. Formeel in naam van de regering kan ik dat zeker niet doen, want wij hebben het pakket nog niet officieel ontvangen van de Europese Commissie. Ik heb het dus ook nog niet voorgelegd aan de regering.

Er zijn naar mijn mening argumenten voor wat de Europese Commissie zou voorstellen. Wanneer wij immers van tien naar acht jaar gaan en er tegelijkertijd verstandige prikkels worden ontwikkeld voor bedrijven die met producten naar buiten komen die beantwoorden aan niet-beantwoorde medische noden of aan noden inzake weesgeneesmiddelen, waarbij de basisbescherming qua tijdsduur korter wordt, dan is dat misschien een verstandig schema. Ik heb de officiële teksten echter nog niet gezien en heb ze daarom ook nog niet aan de regering kunnen voorleggen voor de vorming van een standpunt;

Voor het overige zijn wij in gesprek over de verschillende thema's die u aankaart, onder meer *Early Temporary Reimbursement*. Kunnen wij dat verbeteren? Kunnen wij ons al dan niet laten inspireren door het Franse systeem? Hoe gaan wij om met vergoedingen voor combinatietherapieën? Wat doen wij met de problematiek van de beschikbaarheid? Wij discussiëren er op dit eigenste moment over met alle stakeholders, met name natuurlijk ook met de farmaceutische industrie, zowel met pharma.be als met Medaxes.

U zal begrijpen dat ik daarover nu geen nadere commentaar zal geven. Ik wil wachten tot wij de eerste keer na een eerste discussieronde met een document naar buiten kunnen komen. Op dat moment wil ik daarop uitgebreid commentaar geven, indien u dat wenst.

16.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de regering heeft dus nog geen visie. U bent er wellicht ook nog niet uit hoe u daarmee zult omgaan. Toch wil ik u wijzen op het feit dat in de biotech voor het eerst in jaren meer geïnvesteerd wordt in de Verenigde Staten dan in Europa.

Wanneer u een standpunt over patenten inneemt, is het essentieel dat u daaraan koppelt dat de toegang tot de markt en de terugbetaling voor die geneesmiddelen optimaal wordt. Aangezien ik u dat niet hoor zeggen, stelt u mij niet gerust. U zegt dat het met een aantal slimme regeltjes wel opgelost kan worden, maar het zal van heel groot belang zijn – daarin draagt u een zeer grote verantwoordelijkheid – dat u met de farmasector een duurzaam model zoekt opdat de sector niet weggetrokken wordt uit onze Europese en zeker uit onze Vlaamse maatschappij. Daarnaast moet de toegang voor onze patiënten tot innovatie gegarandeerd worden, maar ik betwijfel dat ten stelligste als die patentendiscussie zo voortgaat. Het geheel dient in harmonie te zijn.

U spreekt over de terugbetaling van combinatietherapieën, maar ik betwijfel ten zeerste of u een haalbaar pakket zult voorleggen. U spreekt ook over *early access*, maar ik betwijfel ten zeerste dat u dat zult incorporeren in het geneesmiddelenbudget zodat het niet aan de zijlijn blijft staan, waardoor de patiënt, uiteindelijk toch de eindgebruiker, niet sneller toegang zal krijgen tot innovatie.

Ik herinner u aan de discussies in het voorbije jaar. Die zijn niet heel erg succesvol geweest. Heel wat innoverende geneesmiddelen worden in onze buurlanden wel terugbetaald, in ons land niet. Het is niet vijf voor twaalf, maar vijf over twaalf, of misschien al vijf over één, om te werken aan een haalbaar pakket. Met uw antwoord stelt u mij daarin niet gerust. Misschien brengt u volgende week een plan uit en dan zullen we er verder over discussiëren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De achterstallige vergoedingen voor het globaal medisch dossier (GMD)" (55034425C)
17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les arriérés d'indemnisation dans le cadre du dossier médical global (DMG)" (55034425C)

17.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag is een beetje achterhaald, in die zin dat de achterstallige vergoedingen voor het GMD uiteindelijk uitbetaald zijn. Toch stel ik er een korte vraag over. Deze vergoedingen werden altijd in de maand januari uitbetaald. Dit jaar is het uiteindelijk eind februari geworden. Is daar een reden voor of niet?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, artikel 6 van het koninklijk besluit van 23 december 2021 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisartsen honorarium betaalt voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier, bepaalt in paragraaf 2: "Het honorarium voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier gedurende het verlengingsjaar wordt door de verzekeringsinstelling betaald in februari van het verlengingsjaar aan de huisarts die erkend is als

beheerder van het Globaal Medisch Dossier van de rechthebbende…”

Februari is dus wat er in het koninklijk besluit staat. Het is wel mogelijk dat afhankelijk van de banken sommige betalingen voor bepaalde artsen pas begin maart toekomen. Dat is mogelijk, maar februari is conform het koninklijk besluit.

17.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Als het conform het koninklijk besluit is, zijn de artsen inderdaad net op de valreep uitbetaald. Er heerste echter heel wat ongerustheid. Zoals mij gemeld is, werden die vergoedingen altijd eind januari uitbetaald. De artsen hebben een maand langer moeten wachten op hun centen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De protestactie van de zelfstandige verpleegkundigen" (55034426C)
18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'action de protestation des infirmiers et infirmières indépendant(e)s" (55034426C)

18.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in reactie op de uitzending van *Terzake* van 16 februari, waarin u een aantal verklaringen hebt gedaan, besloot de sector een signaal te sturen. Zij vonden dat uw betrokkenheid bij de problemen van het werkveld onvoldoende is. In de commissie voor Gezondheid en in de plenaire vergadering heb ik u meermaals gevraagd om met oplossingen te komen. Op 17 februari werd er door de thuisverpleegkundigen actie ondernomen, samen met ongeveer alle spelers uit de sector van zelfstandigen, om aandacht te vragen voor hun situatie. Zij vragen vooral dat u met werkbare oplossingen zou komen.

Wilt u effectief in dialoog gaan met de sector?

Zult u ernstig overwegen om de premie van het sociaal pensioenstatuut voor zelfstandig verpleegkundigen op te trekken naar het niveau van de kinesitherapeuten?

Zult u initiatieven ondersteunen die de aantrekkelijkheid van het beroep van zelfstandig thuisverpleegkundige verhogen?

Zult u initiatieven steunen die het pad effenen voor de erkenning van het beroep van zelfstandig thuisverpleegkundige?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Om te beginnen, zou ik willen onderstrepen dat in de overeenkomstencommissie verpleegkundigen en verzekeringsinstellingen actuele thema's en zorgen van zowel de zorgverleners als van de verzekeringsinstellingen worden besproken. Die kunnen ook aanleiding geven tot verandering in de vergoedingen voor de thuisverpleging of veranderingen in de nomenclatuur of regelgeving.

Vier van de acht mandaten binnen de overeenkomstencommissie worden aan de representatieve beroepsorganisaties voor zelfstandige verpleegkundigen toegekend. Signalen van zowel de loontrekkenden als de zelfstandige thuisverpleegkundigen kunnen op die manier, via dat geëigende overlegorgaan, ook door de overheid worden gecapteerd. Ik volg ook aandachtig wat daar gebeurt en gezegd wordt.

Een van de zaken die daar, en ook elders, worden gezegd, is dat de sector in de recente periode zwaar getroffen is door oplopende energiekosten en stijgende prijzen. De bestaande indexeringsmechanismen vangen die echter slechts met vertraging op. Dat is een van de redenen geweest waarom er in de begroting ziekteverzekering voor dit jaar 100 miljoen extra wordt vrijgemaakt voor kostencompensatie. Wel zijn hier een aantal voorwaarden aan verbonden, onder meer het feit dat het bestemd is voor geconventioneerden in de ambulante praktijk.

Het Verzekeringscomité heeft die enveloppe van 100 miljoen verdeeld over de verschillende sectoren. Men moet daar nu verder mee aan de slag. U weet ook dat er specifiek voor de thuisverpleging 5 miljoen is uitgetrokken om de forfaitaire tegemoetkoming voor thuisverplegingsdiensten te versterken, ook weer om rekening te houden met de stijgende kosten.

Op dit ogenblik wachten wij voor de concrete uitvoering van het initiatief van de 5 miljoen nog op een akkoord van de staatssecretaris voor Begroting. De beslissing moet ook nog naar de Raad van State, maar het lijdt geen twijfel dat ze goedgekeurd wordt. De 48 miljoen van het Zorgpersoneelsfonds, waar we het al vaak over gehad hebben, komt boven op de begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Ik ben vragende partij voor een voorstel van de zelfstandigen dat werkbaar is en past binnen de wetgeving op het Zorgpersoneelsfonds. Daarover lopen al geruime tijd contacten. Het RIZIV zal alvast op korte termijn een voorstel voorleggen om met dat geld iets te doen voor herintreders.

U weet dat we nog andere zaken hebben gedaan tijdens de voorbije regeerperiode, zoals de eenmalige aanmoedigingspremie van 950 euro voor zowel loontrekkenden als zelfstandigen. Dat bedrag lost op zichzelf weliswaar niet veel op, maar vormde een stuk erkenning voor hun gigantische inzet tijdens de tweede golf.

Het sociaal statuut verbeteren, vind ik ook belangrijk, maar het vereist dat daar in het RIZIV-overleg de nodige ruimte voor gemaakt wordt binnen de partiële begrotingsdoelstelling, met de daaraan verbonden consequenties. Nadenken over het sociaal statuut over de sectoren heen kan zeker in overweging genomen worden als agendapunt bij de bespreking van de begroting 2024.

U weet dat de FOD reglementaire aanpassingen aan het uitwerken is voor de toegang tot en de invulling van het beroep van verpleegkundige. Ik denk niet dat we een aparte erkenning moeten invoeren voor wie een zelfstandig statuut heeft in de thuisverpleging. U weet dat we een zorgladder uitwerken, in goed overleg met de Vlaamse overheid, waarbij we verschillende niveaus en types van competenties en kwalificaties een plaats willen geven in een divers geheel van zorgberoepen die zich bezighouden met de verpleging van mensen. Dat is een heel belangrijk punt, ook om het beroep aantrekkelijk te houden.

Ten slotte, we zien dat het hele organisatie- en financieringsmodel van de thuisverpleging echt wel op zijn limieten botst. De Algemene Raad heeft aan de Overeenkomstencommissie de opdracht gegeven om daar grondig over na te denken. Ik denk echt dat er een fundamentele herdenking nodig is van hoe deze sector functioneert en dat dit iets is dat in de volgende legislatuur moet worden aangepakt, het liefst op basis van een reflectie binnen de Overeenkomstencommissie.

18.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt dus eigenlijk geen gevolg gegeven aan de oproep van 17 februari van de zelfstandig thuisverpleegkundigen. U antwoordt mij immers met allemaal zaken die al zijn beslist, zoals de 100 miljoen voor geconventioneerde zorgverstrekkers. Dat is een deel van de pot, want het geldt ook voor huisartsen en kinesisten. Het is dus zeker geen nieuw beleid. Dit had u al in december aangekondigd of zelfs al eerder.

Idem dito voor de 5 miljoen. U bent nu nog altijd een invulling van 5 miljoen extra voor thuisverpleegkundigen aan het uitwerken. Ook dat is oud beleid. Wat de middelen in het fonds voor de witte bloezen betreft, herhaalt u wat u in december hebt gezegd. De thuisverpleegkundigen moeten bij u komen met een initiatief en dan zult u kijken of u dat zult uitvoeren, maar zelf zou u als minister van Volksgezondheid dus niet nadenken over een maatregel die de aantrekkelijkheid van het beroep kan verhogen.

De Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen is bij u gekomen en heeft het voorstel op tafel gelegd om het RIZIV-statuut te verhogen en gelijk te schakelen met dat van bijvoorbeeld kinesitherapeuten. Dat lijkt mij de evidentie zelve. Zelfstandige thuisverpleegkundigen stonden er in de covidcrisis, staan er vandaag en zullen er ook staan wanneer er een grotere toestroom is van patiënten die na een daghospitalisatie naar huis gaan. Dat is een beslissing die u hebt genomen en waarbij u niet hebt nagedacht over de impact op het terrein.

Het is echt ontgoochelend. U zegt dat we naar een herdenking van de sector moeten. Dan ontstaat bij mij meteen de vrees dat u het zelfstandige beroep, want zelfstandig thuisverpleegkundige is een vrij

beroep, weer zult fnuiken door opnieuw een organisatie op te zetten en naar verpleegkundigen in dienstverband te gaan. Het is goed dat er een keuze is. De zelfstandig thuisverpleegkundigen zijn bijzonder waardevol voor de gezondheidszorg en ik nodig u uit om de aantrekkelijkheid van hun beroep echt ter harte te nemen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgende gebruik van angstremmers" (55034532C)
19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation croissante d'anxiolitiques" (55034532C)

19.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, pregabaline, ook gekend onder de merknaam Lyrica, wordt steeds meer voorgeschreven. Het product kan echter een verslavend effect hebben, zeker aangezien het in hoge dosissen een euforisch gevoel opwekt. Het RIZIV spreekt zelfs over patiënten die als het ware bij verschillende dokters gaan shoppen. De bijwerkingen van het product en de verslaving zijn ernstig en het lijkt waarschijnlijk dat patiënten die Lyrica kopen, het ook doorverkopen op de zwarte markt.

In andere landen, in het bijzonder in de VS, raken veel patiënten verslaafd aan deze pijnstillers, waardoor nieuwe en ernstige problematieken van drugsgebruik ontstaan. In ons land moeten we dan weer op onze hoede zijn omdat, zoals ik eerder in de commissie aanhaalde, de geestelijke gezondheidszorg te maken heeft met een stijgende vraag naar hulp van burgers.

Hoe schat u het fenomeen, waarvoor werd gewaarschuwd in *De Standaard* van 24 januari, momenteel in? Welk belang hecht u aan dit alarmsignaal? Welke maatregelen kunt u nemen voor de artsen? Hoeveel gevallen van problematisch gebruik van Lyrica werden er geregistreerd? Hoe evolueert het gebruik?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, het is misschien nuttig om de molecule eerst duidelijk te situeren. Het in de pers beschreven angstremmende effect is niet de primaire klinische werking maar een neveneffect. Pregabaline is in de eerste plaats een anti-epilepticum, voor de behandeling van epilepsie dus. Door het specifieke werkingsmechanisme wordt de molecule voornamelijk gebruikt voor de behandeling van neuropathische pijnklachten, zenuwpijnen dus. Alle internationale richtlijnen situeren pregabaline ook in de behandeling van fibromyalgie.

De eerste molecule in deze therapeutische klasse is gabapentine, in België gekend onder de merknaam Neurontin, waarna pregabaline, ook gekend onder de merknaam Lyrica, werd ontwikkeld. De moleculen zijn klinisch werkzaam door een inhibitie van bepaalde calciumkanalen in het centraal zenuwstelsel, het verminderen van de vrijstelling van excitatoire neurotransmitters en het verminderen van de overprikkelbaarheid van zenuwcellen binnen het centrale zenuwstelsel. Dat verklaart dus het anti-epileptische en pijnstillende effect. Zo heeft pregabaline meerdere werkingsmechanismen binnen het centraal zenuwstelsel en brede toepassingen bij diverse ernstige pijnsyndromen.

In klinische studies werden bepaalde acute psychische tot euforische effecten beschreven, die volgens de FDA in de VS toen al vergelijkbaar waren “met effecten van onder andere diazepam en alprazolam”. Dat zijn reeds lang bestaande benzodiazepines. Toch kan het misbruik van pregabaline nog steeds moeilijk verklaard worden door de wetenschappers op basis van het farmacologische profiel.

Het FAGG heeft gegevens daarover. De inspectie- en vigilantiediensten van het FAGG volgen met veel aandacht de problematiek van misbruik van pregabaline. In december 2021 publiceerde het BCFI een artikel over signalen van misbruik van pregabaline. In november 2022 publiceerde het FAGG een mededeling, de Flash VIG-news, over pregabaline en herinnerde daarbij aan het risico van verkeerd gebruik, misbruik en afhankelijkheid.

Het FAGG beschikt niet over concrete cijfers, maar de inspectiediensten van het FAGG hebben een toename van het aantal meldingen van misbruik van pregabaline vastgesteld. Die meldingen komen

van mensen in de praktijk, voornamelijk apothekers. Telkens wanneer er een vals voorschrift wordt gezien, raadt het FAGG de apotheker of de arts aan om de feiten te melden bij de politie.

Inzake het melden van misbruik van geneesmiddelen via shopping, door op meerdere artsen en apothekers een beroep te doen, herinnert het FAGG de apothekers aan de reglementaire verplichtingen zoals vermeld in het KB van 21 januari 2009: “Indien de apotheker een vermoeden heeft van misbruik of van ongepast gebruik van het voorschrift in hoofde van de patiënt of de verantwoordelijke van de dieren, brengt hij de voorschrijver daarvan op de hoogte.”

De afgelopen vijf jaar werden elf meldingen geregistreerd van problematisch gebruik van Lyrica bij de farmacovigilantiedienst. De meldingen gerapporteerd aan de farmacovigilantiedienst gebeuren op vrijwillige basis, waardoor er een onderrapportering is.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV volgt ook meldingen van verdacht gebruik van pregabaline sinds 2010. Pas in 2015 ontving de dienst de eerste melding van een verdacht gebruik. In 2019 volgde een nieuwe melding van zeer grote hoeveelheden pregabaline die voorgeschreven werden voor een patiënt. In 2021, vooral in de tweede helft van dat jaar, is het aantal meldingen plots gestegen. We hebben dus met een relatief recent fenomeen te maken in ons land. Uit controle van bijvoorbeeld de vijftien grootste gebruikers in ons land blijkt dat hun eerste voorschrift voor pregabaline na 1 januari 2016 werd verkregen. In zes gevallen werd het zelfs pas in de loop van het jaar 2020 afgeleverd.

Eind 2021 was er contact met justitie over deze kwestie, omdat er een indicatie was van pogingen om pregabaline te verkrijgen door middel van valse papieren voorschriften, waarna de tabletten werden doorverkocht. Daarop werd door de dienst controle een grootschaliger en diepgaander onderzoek uitgevoerd, waarbij een aantal gevallen van oneigenlijk gebruik werd geïdentificeerd. In het geval van misbruik ziet men vaak dat voorschriften worden verkregen bij soms tientallen verschillende artsen, gekoppeld aan het inleveren van de voorschriften bij tientallen verschillende open officina.

Dit signaal wordt natuurlijk zeer ernstig genomen. Na een eerste contact met justitie werd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een schrijven aan de apothekers gericht om hen attent te maken op potentieel misbruik van pregabaline. Daarbij werd ook duidelijk vermeld dat sommige personen zelfs identiteitsfraude plegen om de voorschriften te laten valideren. Ook is een brief gericht aan de Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen met een aantal aanbevelingen voor de eventuele aanpassing van vergoedingsmodaliteiten van pregabaline.

Gegevens uit de wetenschappelijke literatuur tonen aan dat pregabaline voornamelijk in combinatie met andere substanties wordt gebruikt. Traditioneel werd het zo beschouwd dat gabapentine en pregabaline een laag risico op misbruik vormen, maar de laatste jaren ziet men toch een sterke stijging optreden, voornamelijk in het gebruik van pregabaline en veel minder gabapentine.

Uit internationale gegevens blijkt dat pregabaline voornamelijk met opioïden, benzodiazepines en andere stimulerende middelen wordt gecombineerd, om psychogene effecten te versterken.

Het gebruik van de molecule pregabaline wordt opgevolgd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. Daarvoor wordt ook nauw samengewerkt met de overige overheidsdiensten zoals het FAGG. Bij verdenking van misbruik wordt ook de justitie op de hoogte gebracht. Bij de indicatie van de toepassing van vervalste voorschriften wordt onmiddellijk contact opgenomen met de betrokken zorgverleners, artsen en apothekers. Op brede schaal wordt ook een waarschuwing naar zorgverleners gestuurd om hen op dit misbruik attent te maken. Er worden tevens proactief maatregelen genomen om de zorgverleners voor potentieel misbruik te waarschuwen. Zo werd zeer recent, op 21 februari 2023, nog een waarschuwing verzonden naar artsen die pregabaline voorschrijven, om hen attent te maken op enkele basisvoorzorgsmaatregelen.

De algemene cijfers over het gebruik van pregabaline voor alle indicaties kan ik u in tabelvorm bezorgen, maar dit is natuurlijk geen indicatie van het eventuele misbruik van de molecule. Deze klasse is een essentieel onderdeel van de behandeling van neuropathische pijnklachten. Ze speelt ook een belangrijke rol in de reductie van het gebruik van opioïden, bijvoorbeeld na complexe ingrepen, door een wetenschappelijk bewezen opioïdenbesparend effect. Meer en meer worden deze moleculen

opgestart voor complexe chirurgische procedures of interventies, om het optreden van ernstige pijn nadien te voorkomen.

Met andere woorden, in een wetenschappelijk doordacht pijnbeleid, waarbij men probeert om het gebruik van opioïden voor bepaalde pijnsyndromen te beperken, speelt deze farmacologische klasse een belangrijke rol. Wij moeten er dus voor zorgen dat ze beschikbaar blijven voor de patiënten die ze nodig hebben, maar onder medische opvolging, waarbij dosering, aflevering van voorschriften en duur van de behandeling strikt opgevolgd worden.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik laat u graag uitspreken, omdat ik ervan uitga dat uw antwoorden interessant zijn en het de leden interesseert om een volledig antwoord te krijgen, maar u hebt hier meer dan vijf minuten gesproken. Ik heb reeds van verschillende leden dergelijke opmerkingen gekregen. Ik geef het dus even mee en wil u vragen om beperkter te zijn. Wij hebben immers een lange vragenlijst. Ik vraag u dus om te proberen binnen de tijd te blijven.

19.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik vond het deze keer wel interessant.

Deze klasse van geneesmiddelen noemt men in de VS gabapentinoïden. Men heeft ze ingeschreven op de lijst van de verslavende middelen. Wat u aanhaalt, is in die zin terecht dat men vroeger het gevaar van eventuele verslaving niet inzag als de middelen op de markt kwamen. Dat is toch wel geëvolueerd en wij moeten die wetenschappelijke inzichten bijtreden.

U zegt dat het middelen zijn die postoperatief kunnen worden gebruikt om pijn te bestrijden. Dat is juist, maar dan zou in de behandeling de nadruk moeten liggen op een snelle afbouw van hoge dosissen. Wij stellen in de apotheek namelijk vast dat die hoge dosissen soms lange tijd worden aangehouden. Dat werkt natuurlijk het verslavende effect ook in de hand. De samenstelling van die moleculen lijkt toch wel een beetje op gamma-aminoboterzuur. Het werkt wel via andere receptoren.

Hoezeer het ook een verlossing was bij het bestrijden van neuropathische pijnen, hoe moeilijk het tevens is om vandaag echt in te zien dat het middelen zijn die op lange termijn de gezondheid van de patiënt kunnen schaden. Ze kunnen leiden tot verslavend gedrag en uiteindelijk problematisch worden. Er moet dus een evenwicht gezocht worden. Het is goed dat u hierover waakt. Dat u er ook over waakt dat het niet in verkeerde handen, dus op de zwarte markt, terechtkomt is nog beter. We moeten hier zeker alert voor zijn.

De **voorzitter**: Als de minister langer spreekt, moet ik ook de repliek langer kunnen laten duren, wat een cascade-effect veroorzaakt.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

20 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een lijst met verboden/toegelaten additieven in elektronische sigaretten" (55034593C)
20 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une liste des additifs permis/interdits dans les cigarettes électroniques" (55034593C)

20.01 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, op 7 november 2022 hebt u een belangrijk KB genomen waarin heel wat positieve maatregelen staan om elektronische sigaretten minder aantrekkelijk te maken als opstap naar de gewone sigaret. Zo worden onder andere lichtjes verboden en mogen mogelijke smaken en geuren alleen in een neutraal lettertype worden weergegeven.

Artikel 3 geeft u ook de bevoegdheid om een lijst van verboden en/of toegelaten additieven op te stellen. Die additieven met smaakjes maken de elektronische sigaret immers net aantrekkelijk voor jongeren. Uit een antwoord op een vorige vraag leid ik af dat u meer werkt richting een lijst van toegelaten additieven met smaakjes.

Zijn er reeds plannen om hiermee verder te gaan? Welke criteria zullen worden gehanteerd om die lijst op te stellen? Bent u van plan deze bevoegdheid te gebruiken en een lijst van additieven op te maken?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Van Hoof, ik zou zeer kort kunnen zijn en gewoon 'ja' antwoorden, maar ik zal toch iets meer zeggen.

Ik volg het advies nr. 9549 van de Hoge Gezondheidsraad. In een eerste fase zal het aantal ingrediënten voor e-sigaretten worden bevroren. Ingrediënten die nu worden gebruikt in de samenstelling van e-liquids die op de lijst staan van geautoriseerde e-sigaretten, worden opgenomen op een lijst van getolereerde ingrediënten. Daarmee kunnen wij de groei van het aantal gebruikte ingrediënten al een halt toeroepen.

De ingrediënten op deze lijst zullen worden onderworpen aan een wetenschappelijke evaluatie. Ik moet nog bekijken hoeveel budget ik daarvoor zal nodig hebben, maar het idee is het volgende. Eerst zal een selectie worden gemaakt van prioritaire additieven, die voorrang zullen krijgen in de beoordeling van de mogelijke toxiciteit ervan. Dat zal gebeuren aan de hand van literatuur, in-silicoanalyses en, indien noodzakelijk, aanvullende in-vitroanalyses.

In een tweede fase wordt de lijst van getolereerde ingrediënten een dynamische lijst, die op basis van wetenschappelijke bevindingen verder zal worden beperkt. Ingrediënten die niet als veilig kunnen worden beschouwd voor consumptie via e-sigaretten, zullen stelselmatig worden toegevoegd aan een lijst van verboden ingrediënten. Wij zullen die lijst bekendmaken via een ministerieel besluit, wat toelaat snelle aanpassingen aan te brengen wanneer wetenschappelijk aangegeven.

Ook het Tabaksplan bevat een actie om de samenstelling van e-liquids strenger te reguleren. De timing is 31 december 2026. Wij bereiden bovenstaande procedures dus voor. Een eerste lijst om de aangroei van de gebruikte additieven te bevriezen, zal tegen de zomer beschikbaar zijn.

De criteria voor de wetenschappelijke beoordeling waarover ik het had, zijn nog niet vastgelegd, maar men zou kunnen denken aan allergene eigenschappen, endocrineverstoorders, inhalatietoxiciteit en andere. Wij zullen kijken naar initiatieven die op dit vlak al genomen zijn op het Europese niveau. Wij zullen kijken wat er in de andere lidstaten gebeurt. Wij zullen kijken naar wat officiële instituten als de EFSA en het IARC daarover zeggen, en dit mee in overweging nemen.

Hoewel vele van de potentieel verdachte ingrediënten aromatische eigenschappen hebben, is het hebben van een kenmerkend aroma op zich onvoldoende om verboden te worden. De Hoge Gezondheidsraad gaat daar ook niet over. Die focust gewoon op het risico en op het veiligheidsprofiel van de ingrediënten. Het gaat eigenlijk over de gezondheid, en niet per se over het aantal smaken. Wanneer een aroma een potentieel risico inhoudt voor de gezondheid van de gebruiker, zal dit uiteraard opgenomen worden op de negatieve ingrediëntenlijst.

Ik meen dat wij in Europa in het algemeen op dit ogenblik een betere regelgeving hebben dan bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, waardoor wij in vergelijking met de Amerikaanse markt veel minder incidenten gerapporteerd krijgen inzake e-sigaretten.

20.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Tegen de zomer wordt een aantal adjectieven dus bevroren, wat een goede zaak is. Daarna, vrij laat, tegen 31 december 2026, komt er een lijst met verboden additieven.

Wat de aroma's betreft, die zijn vooral voor jongeren een opstap. Ik hoop dat er bij die aroma's, van mango tot popcorn enzovoort, een aantal toxische aroma's verboden zal worden, want anders blijven zij aantrekkelijk voor jongeren.

Wij moeten van nabij blijven opvolgen of maatregelen als deze enige impact hebben, maar de volksgezondheid gaat uiteraard voor. Als een aroma toxisch is, moet het inderdaad verboden worden. Ik hoop niet dat de smaak leidt tot meer roken. Wij moeten dit van nabij blijven onderzoeken. Ik zal dit zeker blijven opvolgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

21 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een visum en RIZIV-nummer voor gediplomeerde kinesitherapeuten" (55034631C)
21 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un visa et un numéro INAMI pour des kinésithérapeutes diplômés" (55034631C)

21.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Het is een open deur intrappen dat we kampen met een zorgpersoneelstekort. Zeker in de bejaardenzorg zijn de tekorten hoog en de zorg voor deze mensen lijdt hieronder. Dit maakt het volgende geval des te schrijnender: Het gaat om iemand met het diploma kinesitherapie die, op vraag van het RIZIV, zijn RIZIV-nummer teruggaf 20 à 25 jaar geleden. Deze gediplomeerde kinesist is momenteel werkloos en kreeg een aanbod om te starten in een WZC, maar kan dit momenteel niet omdat hij dient te beschikken over een visum en RIZIV nummer. Het blijkt echter onmogelijk om een visum en RIZIV nummer te bekomen.*

Blijkbaar was het tot en met 31 augustus 2019 mogelijk om een aanvraag voor de erkenning als kinesitherapeut in te dienen op basis van het diploma 'Gegradueerde in de kinesitherapie'. Door de wet van 22 april 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, kunnen personen die in het bezit zijn van het diploma 'Gegradueerde in de kinesitherapie' vanaf 1 september 2019 geen aanspraak meer maken op de erkenning als kinesitherapeut.

Wanneer iemand momenteel zijn diploma van kinesitherapeut behaalt, krijgt men automatisch een erkenning toegekend door één van de Gemeenschappen. Vervolgens wordt de FOD Volksgezondheid automatisch gecontacteerd en wordt het visum opgestuurd. Iemand die 20 jaar geleden zijn diploma behaalde kan hier geen beroep op doen. Dit is toch een onhoudbare situatie waarbij houders van hetzelfde diploma verschillend behandeld worden.

Blijkbaar is dit geen alleen staand geval, is de minister op de hoogte van deze problematiek?

Uw administratie antwoordde eerder dat met verschillende instanties bekeken moet worden of een wetswijziging opportuun is. Waarom acht u dit niet opportuun? Met welke instanties moet u dit bekijken? Is het niet schrijnend dat iemand met het juiste diploma een beroep niet kan uitoefenen, terwijl er net een noodzaak is aan zorgpersoneel in WZC?

Uw administratie antwoordde dat een eventuele wijziging van de wet zelf veel tijd in beslag kan nemen. Wat is hiervoor de verklaring? Hoeveel tijd acht u hiervoor nodig?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, mevrouw Sneppe, ik ben op de hoogte van de problematiek. Mijn beleidscel heeft contact gehad met de betrokken persoon.

De mogelijkheid om als gegradueerde in de kinesitherapie een erkenning te verkrijgen, is een afwijking van de criteria voor erkenning die al in de jaren 90 zijn ingevoegd in het toenmalig koninklijk besluit nr. 78. Die uitzonderingsregel was van toepassing voor kinesitherapeuten die al erkend waren bij het RIZIV. De betrokken beoefenaars moesten die erkenning zelf aanvragen bij de FOD Volksgezondheid, die daarvoor toen nog bevoegd was.

Met de komst van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg is er tegelijkertijd voor gekozen om die uitdovende maatregel te beëindigen. Sindsdien is het dus inderdaad niet meer mogelijk om een erkenning aan te vragen op basis van het diploma van gegradueerde in de kinesitherapie, een diploma dat overigens al jaren niet meer wordt afgeleverd.

Het klopt dat de erkenning en het visum voor nieuw afgestudeerde kinesitherapeuten automatisch wordt afgeleverd. Voor Vlaanderen is dat echter enkel het geval voor de universitaire master in de revalidatiewetenschappen kinesitherapie. Indien wij zouden kiezen voor een wetswijziging, dan noodzaakt dat hoe dan ook een advies van de Federale Raad voor de Kinesitherapie en overleg met de gemeenschappen, want zij zijn bevoegd voor de toekenning van de erkenningen, dus ik durf daar absoluut geen timing op te kleven.

Ik ben het met u eens dat de zorg nood heeft aan bekwame en kwalitatieve zorgbeoefenaars. Het lijkt mij daarom nodig te bekijken of die personen via een brugtraject opnieuw aan de slag kunnen in onze

zorgverlening. Ook dat vraagt wel de nodige aanpassingen op wetgevend vlak, naast desgevallend natuurlijk de organisatie van dergelijke brugtrajecten. Dat is opnieuw een kwestie die door de gemeenschappen bekeken moet worden.

21.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, waarin ik een sprankeltje hoop hoor. Wij kampen met een tekort aan zorgpersoneel. Wanneer dan mensen met een zorgdiploma niet aan de slag kunnen in de zorg, omdat de wetgeving ondertussen is veranderd en het onderwijs en de diploma's zijn veranderd, lijkt mij dat tegenstrijdig.

Ik hoop dus dat u, ten eerste, een advies vraagt aan de Federale Raad voor de Kinesitherapie en dat u, ten tweede, een mouw aan het probleem kan passen, zodat ook de betrokkenen, indien zij willen, kunnen terugkeren naar de zorg. Natuurlijk moeten wij er nog altijd van uitgaan dat wij voor kwaliteit kiezen. Zij zullen misschien na twintig à vijfentwintig jaar het vak enigszins verleerd zijn, maar mits een opfrissingscursus of een brugtraject, zoals u dat noemt, moet hun terugkeer zeker mogelijk zijn.

Ik volg het dossier verder op.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

22 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vogelgriep en het gevaar voor de mens" (55034665C)
22 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dangers de la grippe aviaire pour la santé humaine" (55034665C)

22.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, een elfjarig meisje uit een Cambodjaans dorp overleed aan de vogelgriep. Haar vader bleek eveneens besmet. Elf andere mensen die met het meisje in contact kwamen, testten negatief. In het verleden raakten ook al mensen besmet met het vogelgriepvirus, op zich is dat dus niets wereldschokkends. De grote vraag is of vader en dochter los van elkaar besmet werden dan wel of ze elkaar besmet hebben. In het laatste geval zou dat betekenen dat het virus zich zodanig heeft aangepast dat het van mens op mens overdraagbaar is. In het slechtste geval kan dat tot een vogelgrieppandemie leiden.

Is er al zicht op de resultaten van het onderzoek naar de besmetting van dochter en vader?

Eind 2022 werd er een uitbraak vastgesteld in een Spaanse nertsenkwekerij, waarbij de overdracht vermoedelijk van nerts op nerts gebeurde. Hoe problematisch is dat?

Hoe zijn we voorbereid op een mogelijke vogelgriepuitbraak, met of zonder menselijke besmettingen?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** De testresultaten van de contactpersonen in het aangehaalde geval waren als volgt: alle stalen van de twaalf contactpersonen van het indexgeval (het meisje), afgezien van de vader, hebben negatief getest op aviaire influenza A-H5N1. Ook de negenentwintig contactpersonen van recent overledenen uit het dorp, die regelmatig contact hadden met pluimvee of wilde vogels, hebben allen negatief getest op het vogelgriepvirus.

Wat de nertsen betreft, bij de uitbraak in de Spaanse nertsenkwekerij kan er inderdaad een overdracht van nerts op nerts geweest zijn. Nertsen zijn waarschijnlijk vatbaarder voor besmetting met het vogelgriepvirus dan de mens. Een beperkte verspreiding van het vogelgriepvirus tussen nertsen is dus mogelijk. Er zijn voorlopig geen aanwijzingen voor een recent toegenomen vermogen op overdracht van dier op mens of tussen mensen onderling. De virussen behouden hun voorkeur voor binding en vermenigvuldiging in vogels.

Overdracht op mensen is accidenteel mogelijk, maar was tot nu toe zeldzaam. De reeds vastgestelde infecties bij mensen in Europa en Amerika hebben tot nu toe niet geleid tot een efficiënte vermenigvuldiging van het virus en veroorzaken over het algemeen geen of weinig symptomen. Waakzaamheid blijft echter geboden. Contactopsporing en opvolging van de geïnfecteerde mensen is dus erg belangrijk.

Het ECDC schat het risico van overdracht van influenza van dierlijke oorsprong op de algemene bevolking in Europa momenteel als laag in en voor de beroepsmatig blootgestelde groepen als laag tot middelmatig. Nabije opvolging is vereist voor die beroepsmatig blootgestelde groepen, met name ruimers, dierenartsen, pluimveelhouders en medewerkers van vogelopvangcentra.

Hoe zijn we voorbereid?

Om te beginnen, is hoogpathogene aviaire influenza bij pluimvee, wilde vogels en de mens al jaren een meldingsplichtige infectieziekte. Voor besmettingen bij pluimvee is de federale overheid bevoegd, voor infecties bij mensen dan weer de regionale overheden. De richtlijnen van de federale en regionale overheden omvatten uitgebreide algemene maatregelen, zoals het hanteren van persoonlijke beschermingsmaatregelen voor mensen die worden blootgesteld aan dode vogels of aan hun uitwerpselen, om zodoende de overdracht van vogelgriep naar deze risicogroepen te vermijden. Er zijn ook specifieke maatregelen die moeten worden genomen bij personen met symptomen van een mogelijke vogelgriepinfectie.

Ik kom tot een tweede punt in de voorbereiding. Stammen van dieren die het Nationaal Referentielaboratorium Aviaire Influenza in België isoleert, worden in samenwerking met het FAVV gemonitord voor het opduiken van wijzigingen in het genoom, indicatief voor adaptatie aan zoogdieren.

Wat het derde element betreft, om besmetting naar mensen sneller te kunnen ontdekken, startte Sciensano eind 2022, in samenwerking met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, een actieve surveillance op bij asymptomatische personen met een verhoogd risico. Dat onderzoek loopt. Het onderzoeksprotocol wordt momenteel gefinaliseerd. De deelnemers aan het peilnetwerk worden gerekruteerd. In Wallonië en Brussel loopt een gelijkaardig project, respectievelijk in samenwerking met het AVIQ en met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Een vierde element in onze paraatheid zijn de bioveiligheidsmaatregelen voor de algemene bevolking om de overdracht van het virus te voorkomen, bijvoorbeeld de aanlijnplicht voor honden – in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest is dat een verplichting voor wandelaars – en daarnaast nog het advies om contact tussen katten of honden en wilde vogelkadavers te vermijden, het afraden van vogelproducten voor potentieel gevoelige dieren, zoals etensresten, en het vermijden van elk contact tussen pluimvee en gedomesticeerde zoogdieren of wilde vogels, bijvoorbeeld via niet-afgesloten kippenhokken.

Als laatste punt in onze paraatheid is er de groep Risicobeoordeling voor veterinair opkomende zoönoses, die momenteel wordt opgericht en gecoördineerd door het FAVV. Die groep volgt mogelijke bedreigingen voor de volksgezondheid op en maakt regelmatig een risico-inschatting op als er signalen zijn dat de volksgezondheid mogelijk bedreigd wordt. De situatie met betrekking tot de overdracht van het vogelgriepvirus op zoogdieren wordt er momenteel bestudeerd.

22.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Het is fijn te horen dat er toch wel wat aandacht voor is. Een vraag die ik mij blijf stellen en waar u weer niet op hebt geantwoord, is wat de resultaten van het onderzoek naar de besmetting van de dochter en de vader waren. Was er een correlatie tussen beiden? Van de andere contactpersonen hebt u gezegd dat ze allemaal negatief waren. Is het ondertussen duidelijk of vader en dochter elkaar besmet hebben of niet? Hebt u dat antwoord nog?

De **voorzitter**: Ik stel voor dat u een nieuwe vraag indient. De minister heeft al 2 minuten en 40 seconden te lang geantwoord, en nu zegt dat er nog een vraag onbeantwoord is gebleven. Tenzij de minister hier zeer kort op kan antwoorden? *(Nee)*

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

23 Samengevoegde vragen van
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het WHO-rapport inzake de kosten van de gezondheidszorg" (55034704C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van de WHO en het KCE over het Belgische gezondheidszorgsysteem" (55034712C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het WHO-rapport over de ontoegankelijkheid van de zorg" (55034794C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het WHO-rapport 'Can people afford to pay for health care?'" (55034819C)
23 Questions jointes de
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de l'OMS sur le coût des soins de santé" (55034704C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de l'OMS et du KCE relatif au système de santé belge" (55034712C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de l'OMS concernant le manque d'accessibilité aux soins" (55034794C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport de l'OMS intitulé "Can people afford to pay for health care?"" (55034819C)

Le **président**: Mmes Farih et Zanchetta se sont excusées. Les questions n°s 55034704C et 55034712C deviennent donc sans objet.

23.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, 300 euros pour une paire de lunettes, 5 000 euros pour un traitement d'orthodontie, 500 euros pour une facture d'hôpital après une opération, 100 euros pour une visite du médecin à domicile après 21 h ou 50 euros pour des médicaments: ce ne sont que quelques exemples qui démontrent à quel point les soins de santé sont chers en Belgique. Une étude récente de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) le démontre. Elle dit que 5 % de la population a dû faire face à des dépenses catastrophiques en Belgique. Dans cette étude que j'ai ici, nous sommes plus mal classés que la France, l'Allemagne et les Pays-Bas.

On peut y lire également que des problèmes de dépenses sont présents dans l'ensemble des catégories de la population. Même les gens qui ont une bonne situation ont du mal lorsqu'ils doivent faire face à 5 000 euros pour un traitement d'orthodontie. C'est vraiment compliqué. Ce qui est intéressant est que l'OMS donne une série de recommandations à la Belgique: généralisation du tiers payant, limitation des honoraires supplémentaires, contrôle des prix des dentiers, lunettes et appareils dentaires par exemple.

Monsieur le ministre, allez-vous généraliser le tiers payant dans la première ligne et faire en sorte qu'il n'y ait plus de ticket modérateur afin que les gens puissent aller se soigner sans argent? Allez-vous prendre des mesures concernant les honoraires supplémentaires? Allez-vous travailler sur les conditions de remboursement des appareils auditifs, des lunettes ou d'autres dispositifs médicaux? Allez-vous prendre des mesures pour faire en sorte que le prix des appareils auditifs, des lunettes ou d'autres appareils médicaux diminue, comme par exemple travailler avec des appels d'offres publics?

23.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, le 28 février, l'OMS a publié un rapport dans lequel elle évalue dans quelles mesure les personnes en Belgique rencontrent des difficultés financières pour accéder aux soins de santé. Sur base du constat selon lequel "la part du budget gouvernemental alloué à la santé est faible en Belgique comparée à celle allouée dans beaucoup d'autres pays d'Europe occidentale", les auteurs du rapport invitent le gouvernement à soutenir les mesures recommandées afin d'"atteindre les objectifs d'équité et d'efficacité en accordant une plus grande priorité aux soins de santé lors de l'allocation des dépenses publiques et en allouant une plus grande part du budget de l'assurance maladie obligatoire à la protection des ménages à faibles revenus."*

Vous avez nuancé les conclusions de ce rapport en disant que "depuis 2020, de nombreuses mesures ont été prises pour renforcer l'accessibilité des soins et supprimer les obstacles financiers".

Ce rapport contient différentes recommandations:

- "Trouver des solutions pour que l'assurance maladie obligatoire couvre l'ensemble de la population et que personne ne soit laissé pour compte.
- Abolir les remboursements rétroactifs pour tous les services de santé
couverts par le système d'assurance maladie, ce qui implique de supprimer le paiement préalable des tickets modérateurs dépassant le plafond du maximum à facturer (MAF).
- Accorder automatiquement l'intervention majorée (réduction des tickets modérateurs) à tous les bénéficiaires éligibles, pour éliminer les obstacles administratifs à leur adoption
- Inclure les tickets modérateurs des médicaments prescrits mais non remboursables et les soins psychiatriques de longue durée dans le plafond annuel du MAF
- Exonérer les ménages à faibles revenus des tickets modérateurs; L'abaissement du plafond actuel ou l'introduction d'un plafond supplémentaire plus bas qui cible les ménages à très faibles revenus doit être envisagé/e.
- Limiter les suppléments dans les soins ambulatoires et les soins hospitaliers par une nouvelle réglementation, une réforme du financement des hôpitaux, l'augmentation de la proportion de prestataires conventionnés et l'élimination de la possibilité de conventionnement partiel (application partielle des taux officiels)
- Renforcer encore la réglementation des prix des dispositifs médicaux non pris en charge par le forfait assuré comme les lunettes, les lentilles de contact ou les appareils auditifs."

Allez-vous mettre en œuvre ces différentes recommandations?

Je vous remercie pour votre réponse.

23.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** Dit is een zeer brede vraag en ze is absoluut pertinent. Ik kan hierop een zeer lang antwoord geven, waarin ik allerlei dingen zal herhalen die we als beleid ontwikkeld hebben met betrekking tot financiële toegankelijkheid.

Ik denk bijvoorbeeld aan de derde-betalersregeling die we overal mogelijk hebben gemaakt. Bij de huisartsen is dat een succes. We nemen ook administratieve maatregelen om de toepassing van de derde-betalersregeling administratief te vereenvoudigen door elektronische facturatie aan de verzekeringsinstellingen te ontwikkelen. Dat bestaat al voor ziekenhuizen, apothekers, verpleegkundigen, artsen, tandartsen en vroedvrouwen. We zullen dat dit jaar ook beschikbaar maken voor kinesitherapeuten. Vervolgens zullen logopedisten, bandagisten en orthopedisten elektronisch kunnen factureren, waardoor de toepassing van de derde-betalersregeling ook voor hen heel eenvoudig wordt.

U kent ook het verhaal van de maximumfactuur. Ik heb een extra plafond ingevoerd van 250 euro en ik heb deze plafonds niet geïndexeerd dit jaar. Dat laatste is heel belangrijk. We hebben daarvoor ook de wet gewijzigd. Ik ben mij ervan bewust dat de maximumfactuur vatbaar is voor verbetering, onder meer het voldoende snel activeren. Daar gaat ook een werkgroep over. Er wordt tevens gewerkt aan de problematiek van de non-take-up. Een werkgroep van het RIZIV, waarin de verzekeringsinstellingen en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid vertegenwoordigd zijn, analyseert op dit moment hoe de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming geautomatiseerd kan worden voor bepaalde doelgroepen.

We werken ook rond vervoerskosten en ik zet eveneens in op het beperken van supplementen in een aantal specifieke contexten. Ik wil echter ook in het algemeen dat de supplementen niet meer stijgen en zelfs terug beginnen te dalen. Ik wil dus eigenlijk liever niet al deze elementen herhalen.

U wijst daarenboven op specifieke issues, zoals brillen, hoorapparaten en medische hulpmiddelen. Mijn eerste prioriteit is om iets te doen op het vlak van brillen en daarvoor is ook geld voorzien in de begroting. Ik heb nog niet onmiddellijk maatregelen klaar met betrekking tot hoorapparaten of andere medische hulpmiddelen. Dat is echter een kwestie van prioriteiten.

Mijnheer de voorzitter, ik heb over al deze maatregelen al vaak gediscussieerd in deze commissie. Ik wil ze dan ook liever niet in extenso uiteenzetten, want dan zal mijn antwoord weer te lang duren.

Het rapport van de WHO is wel heel belangrijk en het onderstreept dat we nog heel veel werk hebben. De WHO heeft echter ook in een reactie gezegd dat ze zien dat deze regering er op een aantal punten echt werk van maakt.

23.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, pour une fois, vous n'avez pas épuisé votre temps de parole.

Le **président**: Il est vrai que M. le ministre disposait en principe de huit minutes de temps de parole puisqu'il aurait dû normalement répondre à quatre questions jointes.

23.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): En tout cas, monsieur le ministre, ce rapport montre clairement que la Belgique a du retard à rattraper. Il y est écrit noir sur blanc qu'en matière de soins de santé, on fait moins bien que l'Allemagne, les Pays-Bas et la France.

En tant que généraliste, je ne peux que constater que le fait de devoir payer un bras pour des lunettes, un appareil dentaire ou un appareil auditif constitue un vrai problème pour les gens en termes d'accessibilité aux soins de santé.

Des mesures concrètes et simples doivent pouvoir être prises. Je pense ici, par exemple, à l'application du tiers payant, comme le prévoit la proposition qui était à notre ordre du jour de ce matin. Cela répond clairement à ce qui est proposé dans le rapport dont question, selon lequel le système belge est beaucoup trop complexe dans la mesure où le patient doit avancer l'argent avant de se faire rembourser. Il estime donc qu'il faut supprimer les tickets modérateurs.

Par ailleurs, monsieur le ministre, il n'y a toujours pas d'automaticité quand il s'agit d'obtenir, par exemple, le statut BIM. Cela est vraiment incompréhensible.

23.06 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre vous avez cité la liste des mesures, mais il n'y a pas mal de choses à dire à ce sujet.

Le maximum à facturer n'est pas de 250 euros pour tous les patients. Il n'est de 250 euros que pour les catégories qui ont des revenus très faibles.

Par ailleurs, vous avez bloqué l'indexation du maximum à facturer qui a, cependant, déjà bien augmenté depuis que vous avez pris vos fonctions.

Il faut quand même poser un diagnostic vérité. En Belgique, le coût à charge du patient est nettement plus élevé que dans toute une série de pays qui nous entourent. Il est également un des plus élevés au niveau européen.

La sécurité tarifaire est importante, tout comme le constat d'un report de certains soins, que ce soit en raison de coûts cachés – qui sont nombreux et que vous avez mentionnés en partie – ou en raison de l'explosion des factures adressées aux malades chroniques, lesquels sont sans doute les patients les plus malmenés sur le plan de l'accès financier aux soins, malgré les dispositifs en place.

Bref, il reste du boulot! J'ose espérer qu'au moyen de plusieurs propositions très concrètes, nous pourrons aller plus loin que ce qui a été accompli jusqu'à présent.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

24 Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het covidbeleid" (55034715C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het coronabeleid door de OESO" (55035099C)
24 Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de la politique en matière de covid" (55034715C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation par l'OCDE de la politique de lutte contre le coronavirus" (55035099C)

24.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, de OESO zal op vraag van de federale regering het beheer van de covidcrisis onafhankelijk doorlichten. U stelt dat een grondige evaluatie van hoe ons systeem gefunctioneerd heeft tijdens de pandemie nuttig is. Praktisch zullen het crisismanagement en het herstelbeleid geëvalueerd worden, net als de concrete maatregelen en hun economische, sociale en sanitaire effecten. De conclusies worden verwacht in de loop van 2023.

De firma Medista bood haar medewerking aan het onderzoek aan. In een brief aan de minister stelt de firma dat de audit van de OESO een uitgelezen kans is om de ware toedracht van een aantal feiten nader te onderzoeken, zo ook de houding en het optreden van de administratie ten aanzien van Medista. Medista vroeg u onder andere of de OESO expliciet heeft gevraagd om ook de FOD Volksgezondheid door te lichten, in het bijzonder zijn werking, de afspraken met en de rol van externe consultants, alsook de modus operandi ten aanzien van private ondernemingen.

Wat hebt u Medista geantwoord?

Welke bronnen zal de OESO gebruiken voor haar onderzoek?

De krant *The Telegraph* verkreeg meer dan 100.000 Whatsapp berichten die verstuurd werden tijdens de covidpandemie tussen Matt Hancock, de toenmalige Britse minister van Volksgezondheid, en andere ministers en ambtenaren. Deze conversaties werpen nieuwe vragen op over de manier waarop de pandemie werd aangepakt. Zal de OESO ook inzage krijgen in niet-officiële documenten zoals whatsappberichten van beleidsmakers?

In het verlengde hiervan is de minister zeker op de hoogte van de whatsappgroep Wild Salmons, met onder meer Marc Van Ranst en Erika Vlieghe. Deze experten domineerden het advies. In de kranten stond twee jaar geleden effectief te lezen: "Enkele experts werkten al samen in de whatsappgroep Wild Salmons, naar eigen zeggen niet bang om tegen de stroom in te zwemmen." Tegen de roep dus om versoepelingen in te voeren. Zal de inhoud van hun whatsappgroep onderzocht worden door de OESO? Zo ja, wordt de inhoud ook voor het publiek bekendgemaakt? Zo neen, waarom niet?

24.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): *Eind vorig jaar kondigde u aan dat de OESO een onafhankelijke doorlichting zou doen van het coronabeleid in België. In januari van dit jaar (tijdens een verenigde commissie van Binnenlandse Zaken en Gezondheid) gaf u aan dat de vraagstelling bijna rond was. U schatte de looptijd van de evaluatie op een 9-tal maanden. Ondertussen zijn we weer een paar maanden verder.*

Werd de vraagstelling ondertussen bepaald en zo ja, waaruit bestaat die?

U sprak over een multidisciplinaire evaluatie. Wie en welke disciplines zullen worden betrokken bij de evaluatie?

Wanneer start die evaluatie?

Wanneer kunnen we het resultaat verwachten?

24.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** De overeenkomst met de OESO voor de uitvoering van de voorziene evaluatie werd intussen ondertekend. Op korte termijn zal de eerste vergadering plaatsvinden van het begeleidingscomité waarin ook de vertegenwoordigers van de deelstaten zetelen.

Het is aan de OESO-onderzoekers zelf om aan te geven welke gegevens van de respectievelijke overheden en welke bronnen zij nodig hebben om hun opdrachten naar behoren te kunnen vervullen. Ik veronderstel dat dit op de eerste bijeenkomst van het comité aan bod zal komen.

De OESO hanteert een methodologisch raamwerk, dat ze vorig jaar ook publiceerde. Dat lag aan de basis van de evaluatie die de OESO uitvoerde over het covidbeleid in het Groothertogdom Luxemburg. Ik denk dat we er samen voor moeten zorgen dat de OESO haar werk in alle objectiviteit kan uitvoeren en dat we politieke beïnvloeding van haar inhoudelijke werk en beïnvloeding door strikt particuliere belangen, zoals de firma Medista, die voortdurend vragen lanceert in deze commissie, moeten vermijden.

24.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Het is uiteraard de bedoeling dat de OESO onafhankelijk haar werk kan doen. Daarvoor moet ze wel toegang krijgen tot alle documenten. U hebt niet geantwoord op mijn vraag of officieuze documenten ook openbaar gemaakt zullen worden. Ik vrees dus dat dit niet het geval zal zijn.

Die WhatsAppberichten zijn als een fait divers in de media gepasseerd, maar in het Verenigd Koninkrijk hebben die veel stof doen opwaaien, aangezien daar zeer duidelijk werd dat het covidbeleid gestoeld was op angstzaaierij. Dat werd ook in België door een aantal wetenschappers aan de kaak gesteld. Ik hoop dat de OESO hiervoor inderdaad vrij spel krijgt en dat de overheid zal meewerken aan een degelijke evaluatie, zodat men niet meer dezelfde fouten zal maken en lessen trekt voor eventuele volgende pandemieën.

24.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, misschien heb ik het antwoord gemist, maar ik heb specifiek naar de vraagstelling gevraagd. Is die ondertussen bepaald? Daarnaar had u begin 2023 immers verwezen en aangegeven dat ze bijna rond was. Ik weet niet of wij ze ergens exact kunnen nalezen?

Wanneer start de evaluatie? Blijft de looptijd op negen maanden, zoals u eerder aangaf?

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

25 Vraag van Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen" (55034736C)
25 Question de Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires" (55034736C)

25.01 **Steven Creyelman** (VB): *Op 9 februari 2022 diende ik onderstaande schriftelijke vraag in waarop ik tot op heden geen antwoord mocht ontvangen. Zodoende zie ik mij genoodzaakt deze als mondelinge vraag opnieuw in te dienen.*

De ereloonsupplementen die specialisten aanrekenen bij opname in een ziekenhuis en het verblijf in een éénpersoonskamer blijven stijgen. Verscheidene ziekenhuizen hebben recent aangekondigd deze supplementen nogmaals te verhogen "om te kunnen blijven investeren in goede zorg". Opvallend genoeg zijn er grote verschillen tussen de ziekenhuizen in Vlaanderen, Wallonië en Brussel, waarbij deze laatste in het oog springen door zeer hoge ereloonsupplementen. Nochtans verlenen zij dezelfde zorg.

Kunt u een lijst bezorgen van de ereloonsupplementen per ziekenhuis in België?
Wat is uw verklaring voor het feit dat de ereloonsupplementen in Wallonië en vooral in Brussel beduidend hoger liggen dan in Vlaanderen?
Kunt u aan deze situatie een halt toeroepen omdat het toch de toegankelijkheid van de geneeskunde voor de minder kapitaalkrachtige burgers inperkt?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer Creyelman, ik moet me bij u verontschuldigen, omdat ik geen antwoord gaf op een vraag die ondertussen een jaar oud is. Ik denk dat ik een lijst kan trekken – ze moet dus nog worden samengesteld – op basis van gegevens die de ziekenhuizen zelf moeten

bijhouden met betrekking tot de ereloonsupplementen die kunnen worden gevraagd bij een verblijf in een eenpersoonskamer. Ik heb dat nog niet kunnen doen, maar zal dat bekijken en zo snel mogelijk doen.

Ik wil wel al op voorhand meedelen dat zo'n lijst niet gemakkelijk te interpreteren is. Om te beginnen is de vraag wat de artsen in een ziekenhuis doen. Ziekenhuizen moeten een plafond aangeven van ereloonsupplementen die kunnen worden gevraagd aan een patiënt in een eenpersoonskamer. We weten echter niet hoeveel eenpersoonskamers er zijn in verhouding tot andere kamers. Wat gebeurt er vervolgens door de artsen? We moeten dus ook het volume van de ereloonsupplementen bekijken. Ereloonsupplementen zijn een grote zorg voor mij, dus ik wil ze een halt toeroepen.

Ik stel voor dat ik naga wat de beste manier is om zo'n lijst op een correcte manier op basis van officiële gegevens samen te stellen en te voorzien van de nodige duiding. Ik zal die lijst ter beschikking stellen.

25.03 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, ik ga ervan uit dat vragen 2 en 3 ook in dat antwoord zijn vervat.

25.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer Creyelman, over het antwoord op de tweede vraag wil ik nog niet speculeren. De vraag is wat er hoger ligt in Brussel en Wallonië? Zijn het de maximale plafonds per ziekenhuis? Is dat het volume van de ereloonsupplementen? Dat zijn twee heel verschillende vragen. Het ene zegt niet het andere, maar kan daar een aanduiding voor zijn. Ik zoek dus geen flauwe excuses. Men moet een beetje opletten met welke conclusie men zou trekken uit zo'n lijst. Een belangrijke inzet van mijn beleid is om de ereloonsupplementen een halt toe te roepen.

25.05 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, mocht u een antwoord hebben verzonnen, zou ik in mijn repliek hebben verwezen naar de studie van het VAZ, dat al jaren een verschil in de ereloonsupplementen tussen de verschillende gewesten en tussen verschillende regio's van dit land analyseert. Het VAZ komt tot een gemiddelde van 185 % voor het land. In Vlaanderen bedraagt dat ongeveer 150 %, in Wallonië wat meer dan 200 % en in Brussel zelfs 30 0%.

Het klopt dat rekening moet worden gehouden met het volume. De verschillen zijn dermate groot dat men ze niet altijd op een objectieve manier kan verklaren. Ze hebben waarschijnlijk meer en meer te maken met de financiële toestand van de ziekenhuizen in de verschillende regio's. De ziekenhuizen worden voor een deel via de ereloonsupplementen gefinancierd. Ik denk dat u de oorzaak in die richting mag zoeken, vandaar dat ik in blijde afwachting ben van uw initiatieven ter zake.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

26 Questions jointes de
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'orthodontistes" (55034737C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'orthodontistes" (55035050C)
26 Samengevoegde vragen van
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan orthodontisten" (55034737C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan orthodontisten" (55035050C)

26.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, résultat de notre manque cruel de spécialistes, le temps est parfois long - voire très long - pour obtenir un rendez-vous chez un orthodontiste: on parle d'un délai d'attente allant jusqu'à deux ans en Flandre.*

Si la situation n'est pas aussi grave dans tout le pays puisque ce délai varie essentiellement en fonction de la région et de la taille du cabinet, elle révèle, à l'instar d'autres professions de la santé, une pénurie d'orthodontistes sans amélioration en vue: 30 % des praticiens partiront à la retraite dans les

10 prochaines années.

Face à ce constat, l'Union francophone des orthodontistes de Belgique (Ufob) tire la sonnette d'alarme et appelle à augmenter d'urgence les quotas d'accès à la spécialisation universitaire. En effet, le nombre de diplômés sortant ne permet pas aujourd'hui de remplacer les orthodontistes sur le départ.

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Aviez-vous connaissance de l'ampleur de cette pénurie? Dans l'affirmative, des discussions ont-elles déjà eu lieu ou sont-elles prévues? Si oui, avec qui? Dans la négative, quel suivi comptez-vous y apporter?

L'augmentation des quotas d'accès à la spécialisation universitaire est-elle envisageable? Dans l'affirmative, quand cela pourrait-il être mis en place? Dans la négative, pourquoi?

Outre l'augmentation des quotas, d'autres pistes peuvent-elles être envisagées pour améliorer la situation? Si oui, lesquelles?

Que répondez-vous aux personnes qui doivent attendre, à l'heure actuelle, jusqu'à deux ans pour obtenir un rendez-vous?

Je vous remercie.

26.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Rohonyi, la Commission de planification suit l'évolution de la profession avec attention.

De nombreux rapports sur la force de travail des dentistes ont été publiés en 2020 décrivant l'activité par titre professionnel particulier et ventilant les résultats par Communauté, Région et province. Des scénarios d'évolution de leur force de travail ont également été développés, un scénario de base, deux scénarios alternatifs.

La situation des dentistes avec un titre professionnel particulier en orthodontie est donc bien connue. La Commission de planification fédérale a établi des quotas globaux pour les dentistes de 2027 à 2032. Ce quota a été augmenté puisqu'il est passé de 2 032 en 2026 à 2 087 en 2027. La détermination des sous-quotas dépend maintenant des Communautés.

Pour ce qui est des quotas pour l'accès à une place de stage en orthodontie, je vous invite à prendre contact avec les Commissions de chaque Communauté.

Il faut savoir que les dentistes généralistes peuvent également pratiquer l'orthodontie et qu'ils réalisent en effet 30 % des traitements orthodontiques.

Dans son dernier avis formel dentistes 2022-02, "la Commission observe actuellement une pénurie de dentistes porteurs du titre professionnel particulier de dentiste spécialiste en orthodontie. La Commission de planification incite à revoir la durée de formation pour ce titre professionnel particulier et incite les Communautés à étudier la possibilité de former davantage de praticiens dans ce domaine. Pour mieux définir les besoins réels en traitement orthodontique, la Commission de planification souhaite disposer de données à propos des traitements non remboursés par l'assurance maladie-invalidité et des besoins non satisfaits".

Le quota global relève de la compétence du gouvernement fédéral, et les sous-quotas des Communautés. C'est l'une des raisons pour lesquelles je plaide pour un organe interfédéral de planification qui rassemblera les différents niveaux de pouvoir concernés et qui permettra d'avoir un débat ouvert et une préparation optimale de la planification.

Enfin, l'accord national dento-mutualiste 2022-2023 prévoit une révision de la nomenclature de manière générale et spécifiquement pour la nomenclature en orthodontie et parodontologie, afin d'améliorer l'accessibilité aux soins dentaires. Je crois que c'est aussi nécessaire.

26.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Je suis soulagée de voir que la Commission de planification suit la situation de près. Vous me dites que les quotas globaux ont augmenté. C'est vrai, et nous avons eu des débats houleux sur la question de l'accord survenu entre vous et la ministre chargée de l'Enseignement supérieur à la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Force est de constater que, même avec une telle augmentation, l'offre d'orthodontistes ne suivra pas la demande ou plutôt le besoin de soins en orthodontie. Il s'agit d'un vrai problème: on a souvent tendance à dépeindre l'orthodontie comme un moyen d'aligner ses dents, d'embellir son sourire, etc., mais il s'agit avant toute chose d'un traitement médical contre notamment les malocclusions dentaires qui peuvent entraîner des problèmes pour mastiquer, manger, ou même parler, ainsi que des problèmes au niveau du dos.

Il importe donc qu'il y ait une vraie stratégie interfédérale pour veiller à ce que l'offre suive la demande, autrement dit les besoins. Aujourd'hui, il y a 500 orthodontistes pour tout le pays. C'est très largement insuffisant. Je crains que les quotas, même s'ils ont été légèrement augmentés ces derniers mois par des décisions pour les années à venir, ne suffisent pas.

Enfin, je tiens à rappeler que le manque d'orthodontistes démontre à nouveau qu'il est absurde de communautariser, comme certains partis l'ont fait, le dossier des quotas. Aujourd'hui, le besoin d'orthodontistes se fait particulièrement sentir en Flandre. Par conséquent, lorsque nous plaidons pour une solution interfédérale dans ce dossier, c'est dans l'intérêt de tous et toutes, indépendamment de leur Région.

Le **président**: Madame Rohonyi, si j'essaie de rappeler le ministre à l'ordre pour la longueur de ses réponses, je dois aussi vous rappeler à l'ordre pour les répliques. Vous venez d'utiliser le temps que le ministre avait économisé. Essayons d'être un peu plus disciplinés pour avancer plus rapidement, puisqu'il y a toujours beaucoup de questions!

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

27 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport over de gezondheidsuitgaven in België" (55034746C)
27 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport sur les dépenses de santé en Belgique" (55034746C)

27.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn daarnet ook al vragen gesteld over het rapport dat werd gepubliceerd door de WHO, in samenwerking met het KCE. Mijn vraag gaat meer specifiek over de kosten rond de tandzorg.

Naast medische hulpmiddelen, diagnostische testen en klassieke hospitalisatie, is tandzorg doorgaans een van de voornaamste oorzaken van de hoge uitgaven die patiënten in dit land moeten doen. De out-of-pocketbetalingen of eigen betalingen zijn hoog in de tandzorg en bedragen maar liefst 61 %.

In een reactie op dit rapport gaf u in een persartikel aan dat er al inspanningen werden gedaan bij de start van de regering, zoals het optrekken van de leeftijdsgrens voor gratis tandzorg tot 19 jaar.

In het verleden stelde ik u al meermaals vragen over de betaalbaarheid van de tandzorg. Er is sprake van tariefonzekerheid, omdat een groot aantal tandartsen niet geconventioneerd is.

Mijnheer de minister, denkt u dat het optrekken van de leeftijdsgrens voor gratis tandzorg tot 19 jaar deze problematiek zal oplossen? Is er becijferd welke impact dat zal hebben? Hoe groot zal de impact zijn?

Omdat de reden voor de hoge deconventioneringsgraad bij tandartsen te vinden is bij een onaangepaste nomenclatuur, moet dit dringend worden aangepakt. Wanneer zal de kostprijsanalyse van de tandzorg van start gaan? Wanneer kunnen we de conclusies verwachten?

Ten slotte, de meeste tandproblemen kunnen voorkomen worden. De sleutel van een kwaliteitsvolle en betaalbare tandzorg ligt dan ook echt daar. Nochtans wordt preventieve tandzorg stiefmoederlijk behandeld in de nomenclatuur, waarbij bijvoorbeeld vergoedingen voor voedingsadvies, tabaksadvies en mondhygiëne-instructies ontbreken. Ook mondhygiënisten kunnen onvoldoende tot hun recht komen zonder aangepaste nomenclatuur. Zult u dit thema nadrukkelijk op de agenda plaatsen?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik ben het nogal eens met de algemene strekking van uw betoog. Het is op zich goed dat we het gratis mondonderzoek hebben uitgebreid tot 19 jaar. Een KCE-rapport meldt ook al dat dat eigenlijk goed beleid is op zichzelf. Wat we doen rond mondhygiënisten zijn belangrijke eerste stappen. Er is een project in ontwikkeling dat wel nog helemaal moet worden geïmplementeerd op het terrein.

Ik ben het wel met u eens dat een principiële afspraak die gemaakt is in de Dentomut, namelijk dat de hele nomenclatuur goed bekeken moet worden, absoluut noodzakelijk is. Het is mijn plicht om daaraan mee te werken en na te denken wat daar budgettair voor nodig is. Dat zal niet zo'n eenvoudige discussie zijn. Ik heb dus eigenlijk geen moeite met de strekking van uw betoog. We moeten dat aanpakken. Hopelijk komt het onderzoek van de nomenclatuur snel op gang en kunnen we snel kijken wat we meer kunnen doen om tand- en mondzorg in ons land beter te vergoeden.

27.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij met uw antwoord, want ik vond het ontstellend om in het rapport te lezen dat in de laagste inkomensklassen gewoon vaak niet naar de tandarts wordt gegaan. Op die manier heeft het dan ook geen impact op hun budget, maar dat leidt tot echt mensonwaardige toestanden, met multiple cariës, ernstige parodontitis en tandverlies. Ik roep u op om daaraan en vooral ook aan de manier waarop de tandzorg wordt georganiseerd, veel aandacht te geven. Een kostprijsberekening is inderdaad belangrijk, net als het inzetten van mondhygiënisten bij mensen met een handicap en mensen die in woon-zorgcentra verblijven. Dat is heel belangrijk om ook daar een menswaardige zorg te kunnen leveren. Ik zou het liefst ook zien dat de leeftijdsgrenzen voor tandzorg worden afgeschaft en dat er geen ingewikkelde voorwaarden meer zijn, aangezien die de drempel alleen maar verhogen.

Als ik de kosten van onze gezondheidszorg in het algemeen bekijk, zie ik vergeleken met andere landen hoge publieke uitgaven, maar ook hoge eigen uitgaven. De kosten van onze zorg lijken dus in het algemeen vrij hoog. De hele organisatie van de zorg moet volgens mij dan ook tegen het licht worden gehouden. Samen met mijn fractie blijf ik hopen dat er toch stappen worden gezet richting een regionalisering van de zorg, wat de regering had aangegeven te zullen doen. Ik ben ervan overtuigd dat dat de betaalbaarheid van de zorg ook zal verbeteren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

28 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De contingentering van buitenlandse (tand)artsen" (55034787C)
28 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contingentement des médecins et dentistes étrangers" (55034787C)

28.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, voor wie in dit land arts of tandarts wil worden, gelden strenge toelatingsvoorwaarden. Het aantal artsen en tandartsen is in principe strikt gereglementeerd, al kennen we allemaal de decennialange ongelijkheid in de verschillende delen van dit land.

Voor wie in het buitenland een diploma van arts of tandarts heeft behaald, gelden die voorwaarden niet. Voor wie in de EU is afgestudeerd, wordt het diploma van arts of tandarts automatisch gelijkgesteld, ongeacht het niveau of de kwaliteit van opleiding. Dat lijkt oneerlijk te zijn. Bovendien bedreigt een gebrekkige taalkennis in veel gevallen de kwaliteit van onze zorg.

Ook maakt de instroom van buitenlandse tandartsen en artsen de planning voor het benodigde aantal tandartsen en artsen voor de toekomst moeilijk. Daar wees de Planningscommissie ook op in haar

recentste advies.

Welke maatregelen kunnen worden genomen om het aantal tandartsen en artsen met een buitenlands diploma te beperken? Hoe zit dat voor artsen of tandartsen met een Europees diploma en voor artsen of tandartsen met een niet-Europees diploma?

Welke maatregelen zullen worden genomen?

Erkent u de problematiek met betrekking tot een gebrekkige taalkennis voor een medisch beroep?

Welke maatregelen kunnen worden genomen om de kennis van de taal te toetsen voor artsen of tandartsen met een opleiding in het buitenland? Welke maatregelen worden eventueel nu al genomen?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, de kwestie van het beperken van buitenlandse artsen is al vaak bediscussieerd en ook onderzocht door mijn federale diensten.

Een buitenlandse arts de toegang tot België beperken, druist in tegen de Europese richtlijnen inzake mobiliteit en evenredigheid. U weet dat de Franse Gemeenschap daar heel sterk mee wordt geconfronteerd. Er is een decretale bepaling waarmee men het aantal buitenlanders dat in België studies in medische en tandheelkundige wetenschappen kan beginnen van 30 tot 15 % beperkt. Men kan echter niet zomaar zeggen dat men hier geen mensen uit het buitenland aanvaardt.

U weet ook dat in het kader van de Europese richtlijn de beroepskwalificaties van Europese artsen en tandartsen hier automatisch worden erkend. De wetgeving bepaalt wel dat die migranten voldoende Nederlands, Frans of Duits moeten kennen om het desbetreffende gereglementeerde beroep in België te kunnen uitoefenen, maar dat is geen criterium om de erkenning of het visum te weigeren. Niet-Europese beoefenaars moeten hun diploma eerst gelijkwaardig laten verklaren door de gemeenschappen, maar verder is er geen taalvoorwaarde bepaald voor de toekenning van de machtiging voor de uitoefening van het beroep.

Ik ben mij er absoluut van bewust dat taalkennis een belangrijk element is voor een veilige uitoefening in de gezondheidszorg. Wat de Europeanen betreft, werkt mijn administratie nauw samen met de gemeenschappen rond dit thema. Voor niet-Europese beoefenaars worden de aanvragen voorgelegd aan de federale raad van het desbetreffende beroep, die waar nodig via een interview onder andere de taalkennis van de aanvrager kan toetsen. Zij hebben daarbij echter niet de juridische basis om de dossiers gewoon op basis van dat element te weigeren.

Mijn voorgangster heeft in 2019 een poging gedaan om de taalkennis als voorwaarde voor het visum in te schrijven in de wet betreffende de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Die artikelen zijn gesneuveld in de finale tekst.

Het is natuurlijk niet uitgesloten dat de discussie opnieuw wordt geopend. Dat betekent dat daarover opnieuw wetgeving moet worden gemaakt en een parlementair debat moet worden gevoerd, wat op zich ongetwijfeld een tijdrovende zaak is. Een eenvoudige kwestie is dat echter niet.

Ten gronde ben ik het evenwel met u eens dat iemand die aan het werk wordt gezet in de gezondheidszorg natuurlijk de taal moet kennen die de meesten van zijn of haar patiënten spreken.

28.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik kan uit eigen ervaring getuigen dat er echt wel problemen zijn met de taalkennis van artsen en tandartsen die uit het buitenland komen. Ik werk zelf in de tweede lijn. Patiënten worden naar onze praktijk verwezen. Ik hoor heel vaak en steeds meer dat er echt een heel moeilijke communicatie is met hun huistandarts en dat patiënten vaak op zoek gaan naar andere plekken om hun tanden te laten verzorgen, wat natuurlijk voor de continuïteit van de zorg niet wenselijk is.

Bovendien, wanneer geen taaltest wordt gevraagd, voelen tandartsen die uit het buitenland komen, zich vaak weinig gebonden aan het land waar zij actief zijn. We zien dan ook heel vaak dat zij na een paar jaar opnieuw vertrekken.

Volgens mij is er heel weinig zicht, bijvoorbeeld bij de Planningscommissie, op het aantal artsen en tandartsen dat opnieuw naar het buitenland vertrekt nadat ze een aantal jaar hier zijn geweest. Vaak verdienen zij een tijdje geld en keren vervolgens terug naar hun thuisland of vertrekken ze naar elders. Dus ook op dat vlak is het voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg essentieel dat daar veel aandacht naar gaat. Ik ben er echt een grote voorstander van om dat in de kwaliteitswet op te nemen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

29 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het beheer van narcotica in de strategische stock" (55034790C)
29 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La gestion des narcotiques présents dans les stocks stratégiques" (55034790C)

29.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in een eerdere discussie over het beheer van narcotica in de strategische stock gaf u aan dat het niet beschikken over de nodige vergunningen, met name het niet in orde zijnde activiteitenverslag over verdovende middelen die opgeslagen werden bij Movianto, een futiliteit was. Nu heb ik vernomen dat er daaromtrent bij het FAGG toch een zekere bezorgdheid gerezen is.

Mijnheer de minister, in hoeverre werd het gebrek aan een activiteitenvergunning aangaande verdovende middelen bij de firma Movianto ondertussen opgelost? Is die activiteitenvergunning ondertussen in orde?

Waar en onder welke omstandigheden werden de narcotica bewaard die in oktober 2022 bij Medista werden opgehaald? Betrof het een gesloten ruimte, conform de regelgeving?

Werd er een stockopname gerapporteerd? Werd een verdovingsregister bij de ontvangst van de narcotica opgesteld?

Deden er zich stockproblemen voor? Met andere woorden, zijn alle getransporteerde verdovende middelen ook effectief op hun bestemming geraakt? Is die stock nog volledig? Zijn er verpakkingen verloren gegaan? Zo ja, hoeveel en welke middelen of verpakkingen? Zijn er sinds aankomst middelen of verpakkingen verloren gegaan? In hoeverre heeft Movianto een sluitende verklaring voor eventueel verdwenen narcotica?

Hoe groot is de stock aan vervallen narcotica die nog bij Medista is achtergebleven? Zal die vervallen stock vernietigd worden? Is er op dit moment een contract tussen de FOD Volksgezondheid en Medista dat in de telling, de opslag en het vervoer van die narcotica voorziet? Hoe zal de firma Medista betaald of vergoed worden voor het personeel en de diensten die ze ter beschikking stelt van de FOD of het FAGG?

Wat betreft het beheer van de narcotische strategische stock, hoeveel controles heeft het FAGG uitgevoerd, zowel bij de firma Medista als bij de firma Movianto, ter controle van het beheer van de narcotische strategische stock? U weet dat narcotica een heel specifieke regelgeving hebben. Ze kunnen heel gevaarlijk zijn wanneer ze in verkeerde handen terechtkomen.

Werd er in het verlengde hiervan gekeken naar de aandacht voor de specifieke noden die de opslag van narcotica met zich meebrengt, onder andere de beveiliging?

29.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, voor uw eerste vraag verwijs ik naar mijn antwoord op uw vraag nr. 55033104C.

In antwoord op uw tweede vraag, de narcotica werden gestockeerd in een gesloten ruimte conform de regelgeving.

Voor uw derde vraag verwijs ik naar mijn reeds gegeven antwoord op vraag nr. 55033104C.

Wat uw vierde vraag betreft, er werden verschillen opgemerkt tussen de geleverde hoeveelheden en de hoeveelheden die aangegeven waren op de paklijsten van Medista. Een onderzoek werd uitgevoerd en zowel de ontvangende partij als de versturende partij werd geïnterpelleerd.

Ten vijfde, er is een aanzienlijke hoeveelheid vervallen narcotica opgeslagen bij Medista die nog vernietigd moet worden. Wij hebben nog geen exact aantal paletten vernomen van Medista, maar onze eigen berekeningen en inschattingen duiden op ongeveer 100 paletten. Medista moet ons de precieze gegevens nog geven.

Op dit moment worden de nodige afspraken gemaakt tussen de verschillende partijen om dit zo efficiënt, veilig en snel mogelijk te doen gebeuren.

Medista is enkel verantwoordelijk voor het voorbereiden van de paletten. Deze worden daarna nageteld door het FAGG en verzegeld. Er is een contract tussen de FOD en Indaver voor de vernietiging en het vervoer ervan.

Medista zal worden betaald volgens de gemaakte contractuele afspraken.

Ten zesde, het FAGG is bij beide firma's ter plaatse geweest in het kader van de aanvraag van een driejaarlijkse activiteitenvergunning voor verdovende middelen en psychotrope stoffen. Omwille van het feit dat Movianto in het kader van zijn andere activiteiten regelmatig bepaalde verdovende middelen en psychotrope stoffen invoert die onderworpen zijn aan een controle van het FAGG, komt het FAGG regelmatig ter plaatse. Bij Medista was dit eerder occasioneel.

Ten zevende, de aandacht voor de beveiligde opslag maakt deel uit van de standaardinspectie in het kader van een aanvraag van een driejaarlijkse activiteitenvergunning voor verdovende middelen en psychotrope stoffen.

De **voorzitter**: U bent net binnen de tijd gebleven, mijnheer de minister, ondanks de vele subvragen.

29.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, dat is nogal lichtzinnig. Er zijn dus verpakkingen met verdovende middelen verdwenen bij de ene of bij de andere actor. U zegt gewoon dat u hen daarover geïnterpelleerd hebt. Die middelen kunnen op straat terechtgekomen zijn, mijnheer de minister.

Een van de twee distributeurs beschikt niet over een geldig activiteitenverslag op het moment waarop die middelen daar aankomen. U geeft aan dat de middelen in een conforme gesloten ruimte werden opgeslagen. Ik heb informatie dat dit niet het geval was, mijnheer de minister. U bent opnieuw niet goed gebriefd door uw eigen diensten.

Er zijn dus narcotica, zware verdovende middelen verdwenen. Dat kunnen middelen zijn zoals fentanyl, sufentanil of morfine. Ik weet het niet precies en u zult het mij ook niet zeggen, maar het ging om middelen waardoor er doden kunnen vallen. U zegt hier doodleuk dat u hen geïnterpelleerd hebt.

U hebt overigens ook geen contract voor de opslag van vervallen verdovende middelen bij de firma Medista. Ook daar neemt u een ontzettend groot gezondheidsrisico. Dit is onverantwoord beleid.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

30 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De patiëntenrechten en de schriftelijke briefing over de diagnose" (55034791C)
30 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les droits des patients et le briefing écrit concernant le diagnostic" (55034791C)

30.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): In de commissie voor Gezondheid kwamen de rechten van patiënten al meermaals aan bod. We hebben daar ook al een en ander over goedgekeurd. Een

aanpassing van de wet werd door u aangekondigd. Een van de wijzigingen zorgt ervoor dat wie een complexe uitleg krijgt van de dokter binnenkort het recht heeft om de informatie achteraf ook schriftelijk in te kijken. Daarnaast zou het mogelijk worden om kinderen, ouders of een andere vertrouwenspersoon toegang te geven tot het medisch dossier, wanneer de patiënt daar toestemming toe geeft. Een letterlijke briefing over de diagnose die een patiënt krijgt, wordt dan mogelijk.

In het verlengde hiervan zou ik graag vernemen hoe u dat concreet ziet. Het gevaar bestaat immers dat de patiënt de nodige context mist bij een diagnose.

Verder heb ik nog twee vragen, mijnheer de minister. Hoe zal een schriftelijke briefing van een diagnose er precies uitzien in het wetsontwerp dat u naar de commissie wil brengen? Hoe zult u ervoor zorgen dat het zowel voor de patiënt, als voor de zorgverstrekker, haalbaar en werkbaar blijft?

30.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Het voorontwerp van wet dat door twee deskundigen is opgemaakt op basis van de aanbevelingen van deze commissie, kunt u terugvinden op mijn website. U vindt daar voorts ook alle mogelijke toelichting over het verdere verloop. Ik verwijs bij deze naar de website. Veeleer dan het debat hier te voeren, nodig ik u alvast uit alle informatie te bekijken die op de website voorhanden is.

30.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal ook kijken naar de datum van publicatie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

31 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onafhankelijkheid van het FAGG" (55034792C)
31 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indépendance de l'AFMPS" (55034792C)

31.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) staat in voor de controle van geneesmiddelen die in België worden toegelaten. Ik stelde u de vraag of de FOD Volksgezondheid beschikte over de nodige groothandelsvergunning (WDA) in het kader van de actieve farmaceutische ingrediënten (API's) die werden voorzien als spierverslapper tijdens de covidpandemie, maar die nog niet werden ingezet. Kunt u bevestigen dat de FOD Volksgezondheid nu beschikt over de nodige WDA-vergunning?

Het verkrijgen van een WDA-vergunning verloopt via de controle door het FAGG. In hoeverre kunt u de onafhankelijkheid van het FAGG in dezen garanderen? Hoe wordt deze WDA-vergunning gecontroleerd? Kan de FOD Volksgezondheid aansturen op onderzoeken, rapporten, plaatsbezoeken, controles en te behandelen klachten bij het FAGG?

Kan de FOD Volksgezondheid rechtstreeks opdracht geven aan de FAGG om een onderzoek te starten?

In welke mate staat de onafhankelijkheid van de instelling of organisatie beschreven? Hoe wordt die onafhankelijkheid gegarandeerd?

31.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Eerst en vooral dient te worden opgemerkt dat een groothandelsvergunning niet vereist is voor de verhandeling van API's. Daarnaast zijn API's grondstoffen die verwerkt zullen worden in vergunde geneesmiddelen. De groothandelsvergunning die door de FOD Volksgezondheid werd aangevraagd betreft de verhandeling van afgewerkte geneesmiddelen. Mijn antwoorden hebben dus betrekking op die vergunning.

Het dossier is gunstig afgesloten sinds 6 maart. De vergoeding zal spoedig door de bevoegde ambtenaar worden ondertekend.

Het FAGG is een instelling van openbaar nut, met een afzonderlijke rechtspersoonlijkheid, die onafhankelijk is ten aanzien van de FOD Volksgezondheid. Dat geldt als dusdanig ook voor inspecteurs,

die per definitie onafhankelijk optreden. Eventuele belangenconflicten worden op het individuele niveau van de inspecteur onderzocht en behandeld.

Uw derde vraag is niet heel duidelijk. Het dossier wordt onderzocht en een inspectie vindt plaats in de lokalen van de aanvrager alvorens een definitieve beslissing wordt genomen. Nadat de vergunning wordt toegekend, wordt de naleving van de wetgeving op basis van diverse mechanismen geëvalueerd, waaronder routinematige en onaangekondigde inspecties.

Wat uw vierde vraag betreft, net zoals elke burger of onderneming kan de FOD Volksgezondheid een klacht bezorgen aan het FAGG. Het FAGG evalueert en onderzoekt de klachten voor passend gevolg.

Wat uw vijfde vraag betreft, in tegenstelling tot wat in de vraag wordt gesuggereerd, geeft de FOD geen opdrachten aan het FAGG.

Wat uw zesde vraag betreft, zoals ik net heb gezegd, is het FAGG een instelling van openbaar nut met een afzonderlijke rechtspersoonlijkheid die onder haar eigen bestuur staat. Als instelling van openbaar nut valt het FAGG onder de hiërarchische bevoegdheid van de minister, wat absoluut niet wil zeggen dat ikzelf of de leden van mijn beleidscel op enige wijze zouden tussenkomen in de activiteiten van de inspectiedienst of de uitkomst van de inspecties zouden beïnvloeden. Dat zou zeer onverstandig zijn. Voor de wettelijke en reglementaire basis kan ik verwijzen naar de wet betreffende de oprichting en de werking van het FAGG van 20 juli 2006, evenals naar het statuut van de ambtenaren.

31.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, uiteraard gaat het om afgewerkte geneesmiddelen vervaardigd met de API's waarvan u al sinds de zomer aangeeft dat ze toch nog gebruikt zullen kunnen worden, maar waarvoor u niet de vergunning had om ze te verdelen, te vervaardigen enzovoort.

Uiteindelijk is het 6 maart. Dat is opnieuw bijna twee maanden na de laatste belofte. U hebt deze onwettelijke handelingen van de FOD dus minimum zes maanden toegestaan.

Wat mij echter vooral interesseert in uw antwoord, is dat de FOD geen opdrachtgever op wettelijke basis mag of kan zijn voor opdrachten of onderzoeken die het FAVV uitvoert. Mijnheer de minister, daar hebt u dus een probleempje en ik veronderstel dat u daarvan op de hoogte bent. Zo niet, zullen we er zeker op terugkomen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55034795C en 55034797C van mevrouw Depoorter worden omgezet in schriftelijke vragen.

32 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cyberaanvallen op ziekenhuizen" (55034810C)
32 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cyberattaques ciblant les hôpitaux" (55034810C)

32.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, naar verluidt zou het aantal cyberaanvallen op ziekenhuizen tegenwoordig sterk toenemen, met ongeveer een aanval per dag. Vooral in de weekends zouden ziekenhuizen kwetsbaar zijn, omdat er dan minder personeel aanwezig is.

Hoeveel cyberaanvallen zijn er de laatste maanden geweest tegen ziekenhuizen? Is er inderdaad een stijgende tendens waar te nemen? U hebt eerder al aangegeven dat er budget is vrijgemaakt voor cyberveiligheid, maar in hoeverre is dat budget dekkend? Op hoeveel wordt het geheel aan cyberveiligheidsmaatregelen geraamd voor de ziekenhuissector?

Wordt in kaart gebracht in hoeverre ziekenhuizen zich wapenen tegen cyberaanvallen en op welke manier? Wat is daar de stand van zaken? Hebt u zicht op wat de bedoeling van de cyberaanvallen is? Kunt u dat toelichten? Gaat het om georganiseerde cyberaanvallen of eerder om individuen die cyberaanvallen plegen op ziekenhuizen?

32.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, in het weekend van 11 en 12 maart is het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter in Brussel aangevallen. Het ziekenhuis was gelukkig diezelfde zondag opnieuw volledig operationeel, waarbij het urgentieplan bij cyberaanvallen en het CCB een waardevolle bijdrage hebben geleverd om de aanval te beheersen en de activiteiten snel weer op te starten.

Een urgentieplan en *awarenesstraining* bij de medewerkers maken deel uit van het plan van aanpak dat we met de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen afspreken over cyberveiligheid. Mijn administratie heeft dit jaar geen melding gekregen van andere succesvolle cyberaanvallen op ziekenhuizen, maar dit is toch wel een heel grote bezorgdheid.

Voor cyberveiligheid in de ziekenhuizen is er in 2022 een one-shotbudget van 20 miljoen euro vrijgemaakt. Vanaf 2023 is er in een recurrent budget van 15 miljoen euro voorzien. De besprekingen met de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen met betrekking tot de volgende schijf lopen.

Elk ziekenhuis moet de nodige veiligheidsmaatregelen nemen, die aangepast zijn aan de huidige situatie, gebaseerd op een risicoanalyse. Er wordt ook sterk ingezet op samenwerking en kennisdeling.

In 2022 hebben de ziekenhuizen deelgenomen aan een evaluatie van hun maturiteitsniveau op het gebied van informatiebeveiliging. Die oefening resulteerde in een stappenplan voor elke instelling, met een aantal acties. De maturiteitsmeting zal periodiek worden herhaald. Dat alles past ook in de voorbereiding voor de voorwaarden van de NIS 2-richtlijn, die vanaf 18 oktober 2024 van kracht moet zijn. NIS staat voor *security of network and information systems.*

Ik wil beklemtonen dat wij zowel moeten investeren als de maturiteit in het oog moeten houden.

Wat uw laatste vraag betreft, de bedoeling van cyberaanvallen op ziekenhuizen gaat meer over ransomware of een poging tot diefstal van gezondheidsgegevens. Voor meer informatie en eventuele statistieken kunt u terecht bij het CCB, het Centrum voor Cybersecurity België.

32.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): U geeft zelf aan dat dit een bron van bezorgdheid is. Een ziekenhuis is om verschillende redenen erg kwetsbaar. Er zijn gevoelige patiëntengegevens opgeslagen, maar ook de sluiting van een spoeddienst, ook al zou die maar van korte duur zijn, kan levensbedreigend zijn. Het is belangrijk om dat zo veel mogelijk te voorkomen. Tegenwoordig zijn steeds meer toestellen met een netwerk verbonden. Iemand met slechte bedoelingen zou toestellen van buitenaf kunnen beïnvloeden, wat zware gevolgen zou hebben.

Wat kan een overheid daaraan doen? Het is zeer belangrijk om ziekenhuizen daarin te ondersteunen en te sensibiliseren. Verder moet de ingebouwde cyberveiligheid regelmatig worden getest, bijvoorbeeld door daarbij ethische hackers in te schakelen. Zij kunnen testen of een ziekenhuis voldoende beveiligd is.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

33 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un nouveau traitement contre l'endométriose" (55034824C)
33 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een nieuwe behandeling van endometriose" (55034824C)

33.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, la semaine prochaine nous allons adopter, je l'espère, une importante proposition de résolution qui vise à améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'endométriose. Cette proposition fait suite à de longues et poignantes auditions que nous avons eues ici-même.

Si l'endométriose est autant courante que méconnue, il n'existe pas de traitement curatif de la maladie.

Ses traitements se limitent essentiellement au soulagement de ses symptômes. Les traitements symptomatiques sont composés d'analgésiques et d'anti-inflammatoires. Les autres options sont l'intervention chirurgicale ou les traitements hormonaux.

Toutefois, dans le même temps que nous avons analysé cette proposition de résolution, une récente recherche, réalisée sur des singes, a été dévoilée. Cette recherche a permis de découvrir un nouveau traitement par anticorps appelés AMY109. Ainsi, chez deux des quatre singes atteints par une endométriose spontanée, ces anticorps ont permis de réduire la taille des lésions, de la fibrose et des adhérences. Si une étude plus approfondie doit encore être réalisée, les chercheurs de l'étude soulignent que les anticorps AMY109 pourraient représenter une thérapie modificatrice de la maladie pour les patientes atteintes d'endométriose.

Monsieur le ministre, avez-vous eu écho de cette recherche ainsi que de ces résultats particulièrement encourageants? Qu'en pensez-vous et quel suivi comptez-vous y apporter? La Belgique est-elle également engagée dans des études similaires dans le traitement contre l'endométriose? Dans l'affirmative, lesquelles et avec quel budget? Dans la négative, pourquoi?

33.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Rohonyi, nous avons pris connaissance de l'étude à laquelle vous faites référence et dont les résultats ont été publiés dans la revue *Science Translational Medicine*. Bien que les résultats de l'étude sur les singes soient prometteurs, il faut quand même attendre les premiers résultats des études cliniques pour pouvoir se prononcer sur l'efficacité et la sécurité de cette application chez l'homme. Plusieurs études cliniques sont en cours en Belgique dans le domaine de l'endométriose. Les sponsors de ces études sont des sociétés pharmaceutiques et des centres académiques.

L'endométriose est une pathologie souvent difficile à diagnostiquer et parfois difficile à traiter. En l'absence de recommandations thérapeutiques connues, des traitements alternatifs – l'aromathérapie, par exemple – sont promus; ils risquent de mener les patientes à tenter des thérapies inefficaces, coûteuses ou même délétères. Une *guideline*, un guide de pratique clinique européen de haute qualité vient d'être publié en février 2022. Le Centre de connaissances dispose donc d'une base scientifique récente et de qualité pour développer une *guideline* belge. L'adaptation au contexte belge peut faciliter sa mise en œuvre et l'implication des professionnels de la santé.

Cette étude débutera bientôt. Je sais que c'est une plainte à prendre très au sérieux. Beaucoup d'inconnues planent sur ce dossier. En tout cas, il est essentiel que cette étude nationale se base sur cette *guideline* européenne.

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

Comme vous l'avez dit, cette étude est prometteuse, même s'il convient évidemment de rester vigilant et de s'assurer par des études cliniques de son efficacité sur les patientes concernées. Au cours des auditions, nous avons en effet entendu que les patientes souffrant d'endométriose en Belgique servaient trop souvent de cobayes: on leur conseille de suivre tel traitement, de subir telle opération chirurgicale, puis encore une autre, etc., avec des conséquences dramatiques pour leur santé et leur fertilité. La vigilance doit rester de mise, malgré l'enthousiasme compréhensible que certaines d'entre elles peuvent éprouver.

Pour le reste, en ce qui concerne les *guidelines* européennes qui seront adaptées au contexte belge, nous les attendons avec énormément d'impatience.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

34 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beschikbaarheid van Ozempic" (55034845C)
34 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de l'Ozempic" (55034845C)

34.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, Ozempic is al sinds 2018 op de markt als medicijn voor mensen die lijden aan diabetes type 2. De werkzame stof in dat medicijn, semaglutide, werkt in op de pancreas en de hersenen. Ze verlaagt de hoeveelheid suiker in het bloed, waardoor de eetlust afneemt. Zo zal men minder snel eten en dus ook gewicht verliezen. Dat maakt het medicijn inmiddels ook immens populair als vermageringsmiddel. Er verschijnen veel artikels waarin het echt gepromoot wordt als vermageringsmiddel.

Hoewel het eigenlijk niet vergund is voor de behandeling van overgewicht en obesitas, schrijven sommige artsen het toch offlabel, officieus, voor om af te vallen. De vraag is daardoor wereldwijd, maar ook in België stevig toegenomen, zo stevig dat volgens FarmaStatus zelfs een tekort dreigt voor patiënten met diabetes type 2. Daarom vroeg het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten enkele maanden geleden ook terecht aan de artsen om voorrang te geven aan patiënten met diabetes type 2.

Wanneer het gaat over Ozempic om te vermageren, valt ook wel de naam Wegovy. Dit geneesmiddel van dezelfde fabrikant, namelijk Novo Nordisk, met dezelfde werkzame stof, semaglutide, is in tegenstelling tot Ozempic officieel wel een vermageringsmedicijn. Het werd vorig jaar door het Europees Geneesmiddelenagentschap goedgekeurd voor de indicatie van de behandeling van obesitas met een BMI van hoger dan 30 en van overgewicht met een BMI tussen 27 en 30 in aanwezigheid van minstens één gewichtsgerelateerde comorbiditeit, zoals hoge bloeddruk of slaapapneu. Het wordt echter nog niet verkocht in België.

Ozempic kost zowat 120 euro per maand. Tenzij men behandeld wordt voor diabetes type 2, wordt het medicijn logischerwijze bij ons niet terugbetaald. In respectievelijk Engeland en Frankrijk pleiten het National Institute for Health and Care Excellence en de Haute Autorité de Santé wel voor een terugbetaling van de behandeling van zwaarlijvigen, weliswaar als onderdeel van een bredere begeleiding.

Hoe staat het vandaag met de beschikbaarheid van Ozempic voor diabetes type 2-patiënten in België? Noteren we momenteel tekorten of niet?

Hoe garanderen we de permanente beschikbaarheid van Ozempic voor diabetes type 2-patiënten? Volstaat de vraag van het FAGG om voorrang te geven aan deze patiënten of zijn er nog bijkomende maatregelen nodig en worden deze overwogen?

Zal ook Wegovy, van dezelfde fabrikant, binnenkort zijn intrede doen in ons land?

Hoe staat u tegenover de inzet en de terugbetaalbaarheid van deze medicijnen voor het behandelen van zwaarlijvigheid?

De **voorzitter**: Mevrouw Vanpeborgh, u bent hier de hele namiddag gebleven. Ik heb u dus langer laten spreken, maar u sprak wel wat lang. Probeer er een beetje op te letten.

34.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Dat is juist, mijnheer de voorzitter, maar het is een probleem dat heel veel mensen bezighoudt. U moet er de kranten van het voorbije weekend nog maar eens op openslaan.

Mevrouw Vanpeborgh, uw bezorgdheid over de beschikbaarheid en het goede gebruik van Ozempic is echt heel terecht. Dat is trouwens ook de bezorgdheid van heel veel patiënten met diabetes.

Het probleem rijst onder meer door het oneigenlijke gebruik van Ozempic, meer bepaald door mensen die Ozempic gebruiken om esthetische redenen. Ik zeg dat niet minachtend. Het is immers belangrijk dat mensen vinden dat ze er goed uitzien en er goed kunnen uitzien. Wanneer echter dergelijke esthetische overwegingen de reden zijn waarom iemand Ozempic wil gebruiken, dan zijn daar twee

zaken fundamenteel fout aan.

Ten eerste, Ozempic is niet zinvol voor mensen met een beperkt overgewicht of, anders gezegd, om snel enkele kilootjes af te vallen. Ozempic biedt geen duurzaam effect en kan leiden tot ernstige lichamelijke klachten. Ook die getuigenissen konden wij de voorbije dagen lezen in de kranten.

Ten tweede, nog fundamenteel fout is dat door dat oneigenlijke gebruik patiënten met diabetes in moeilijkheden komen. Zij kunnen Ozempic immers niet meer verkrijgen.

Laat mij dus duidelijk zijn. Dat laatste kan absoluut niet. Patiënten met diabetes moeten absoluut voorrang krijgen en blijven krijgen. Ik herhaal dus mijn boodschap aan artsen en diëtisten. Zolang er sprake is van een beperkte beschikbaarheid van Ozempic, moet voorrang worden gegeven aan volwassen patiënten met diabetes.

Ik wil wel benadrukken dat het gebruik van Ozempic voor bepaalde patiënten met een ernstige obesitasproblematiek, wat ook een chronische ziekte is, wel heilzaam kan zijn, ook al gaat het niet om diabetespatiënten, maar dus wel om mensen met ernstige obesitas. Dat moet dan echter altijd met begeleiding gebeuren, binnen een langdurig zorgtraject, en het moet ook multidisciplinair aangepakt worden. Alleen mits het goed aangewend wordt, en als onderdeel van een breed en langdurig zorgtraject, kan Ozempic hier nuttig zijn.

Als ik mag, mijnheer de voorzitter, wil ik toch een beetje technischer ingaan op dit dossier.

Wat is de stand van zaken? Om te beginnen, de firma Novo Nordisk, de producent, verwacht op regelmatige basis nieuwe leveringen van Ozempic, dus semaglutide. De hoeveelheden zullen voor de rest van het jaar 2023 echter in slechts een gedeelte, ongeveer 27 %, van de marktbehoefte kunnen voorzien. Er kunnen dus nog periodes volgen van een volledige stockbreuk. Dit moet ik zeggen, dit moeten de mensen weten.

In de aanbevelingen die de taskforce, opgericht door het FAGG, heeft opgesteld, wordt aangeraden voorrang te geven aan de vergunde indicatie, namelijk onvoldoende gereguleerde diabetes mellitus type 2, als toevoeging aan een dieet en lichaamsbeweging. Hoewel artsen uiteraard een therapeutische vrijheid hebben en Ozempic dus offlabel, buiten de vergunning, kunnen voorschrijven bij ernstige obesitas, worden zij toch gesensibiliseerd het gebruik in deze indicatie te beperken tot geselecteerde patiënten, en alleen binnen een multidisciplinaire aanpak van ernstige obesitas.

Ozempic is niet geregistreerd voor de behandeling van obesitas en wordt voor die indicatie dan ook niet terugbetaald. Het gebruik van Ozempic bij mild overgewicht, dus eerder om esthetische redenen, dient echt vermeden te worden, omdat semaglutide daarvoor niet geregistreerd is, ernstige bijwerkingen mogelijk zijn en het gewicht snel terugkomt na het stoppen van de medicatie als er niet tegelijkertijd een advies en begeleiding inzake levensstijl aan gekoppeld zijn. De aanpak van obesitas moet daarentegen multidisciplinair zijn en voornamelijk gericht zijn op een evenwichtige en gezonde voeding, een dieet, lichaamsbeweging en psychologische begeleiding.

Er moet ook op preventie worden ingezet. Dat is precies wat we willen bereiken met het nieuwe integrale zorgtraject voor kinderen en jongeren met obesitas dat we aan het ontwikkelen zijn. We gaan er daarbij van uit dat obesitas ook een ziekte is die men net als andere ziektes op de best mogelijke manier moet behandelen. Dat zorgtraject wil op basis van wetenschap obesitas zo vroeg mogelijk detecteren en kinderen en jongeren met obesitas en hun familie zo snel mogelijk passend helpen en goed oriënteren en zo de juiste behandeling aanbieden.

Wegovy, mevrouw Vanpeborgh, is net als Ozempic een geneesmiddel dat als werkzaam bestanddeel semaglutide bevat en een Europese registratie heeft voor ernstige obesitas. Dat is een verschil. Het FAGG laat weten dat het van de firma Novo Nordisk nog geen formele bevestiging gekregen heeft van de startdatum van de commercialisatie van Wegovy in België, noch over welke hoeveelheden er op maandelijkse basis op de markt zullen worden gebracht.

Om eventueel een terugbetaling voor Wegovy te verkrijgen, kan de firma die dit medicijn commercialiseert daarvoor een aanvraag tot vergoeding indienen bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Eens die commissie de aanvraag heeft ontvangen, zal er een evaluatie gebeuren

van alle aangereikte gegevens, binnen de wettelijk voorziene termijnen. Op basis daarvan zal de commissie een advies uitbrengen om Wegovy al dan niet op te nemen in de vergoedbaarheid. Op basis van dat advies zal ik uiteindelijk de beslissing nemen om Wegovy eventueel op te nemen in de vergoedbaarheid. Ik sta daar dus open tegenover. Ik wacht op de indiening en een advies. Tot nu toe heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen geen aanvraag voor de vergoeding van Wegovy ontvangen.

Tot slot is er een derde en laatste specialiteit voor obesitas geregistreerd, met name Saxenda. Voor Saxenda ontving de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen in april 2020 een aanvraag tot vergoeding voor gewichtscontrole in combinatie met een multidisciplinaire aanpak bij patiënten met overgewicht die niet in aanmerking komen voor bariatrische chirurgie. Na haar evaluatie heeft de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen geadviseerd om de vergoeding voor Saxenda toe te staan, maar als minister van Sociale Zaken heb ik dat advies niet gevolgd en heb ik beslist om die vergoeding niet toe te staan, vanwege de hoge kosten in vergelijking met de baten, de vele onzekerheden en het feit dat het onderzoek aangeeft dat het gewichtsverlies snel verloren gaat bij een stopzetting van de behandeling.

34.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw zeer helder antwoord op mijn vier vragen.

In antwoord op mijn eerste vraag zegt u terecht dat u vreest voor tekorten dit jaar. Dat maakt dat het voorschrijven zeer gericht zal moeten gebeuren. Ik heb onthouden dat u daarmee verdergaat, onder andere door de artsen te sensibiliseren, zodat zij zeer gericht voorschrijven voor patiënten diabetes type 2, en ook als het echt nodig is in geval van zwaarlijvigheid, weliswaar binnen een zeer strikt kader.

Wegovy is dus nog niet aan de orde. U wacht af tot er effectief een aanvraag wordt ingediend. Voor Saxenda is er wel een aanvraag ingediend, maar daarover zegt u dat u het advies van de CTG niet gevolgd hebt, wegens te hoge kosten en onvoldoende aangetoonde baten. Daar heb ik alle begrip voor.

U geeft bovenal de heel duidelijke boodschap, aan artsen en aan wie van die middelen gebruik wil maken, om dat niet om esthetische redenen te doen, wat volgens mij inderdaad een zeer belangrijke boodschap is. Bij obesitas kan het gebruik ervan uiteraard wel overwogen worden, maar obesitas is ook een chronische ziekte, die van jongs af moet worden aangepakt.

Ik hoop dat er effectief ooit een aanvraag gebeurt, want ik kan me voorstellen dat mensen met obesitas ooit baat zullen hebben bij zulke medicatie, zij het dan – daarover ben ik het volledig met u eens – in een breder kader, waarin ook beweging, voeding en de psychologische dimensie worden meegenomen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55034875C de M. Patrick Prévot devient sans objet.

35 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De lijst van de beste ziekenhuizen ter wereld" (55034938C)
35 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La liste des meilleurs hôpitaux au monde" (55034938C)

35.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, *Newsweek* heeft samen met databedrijf Statista opnieuw de lijst van 's werelds beste ziekenhuizen gepubliceerd. Ook voor België werd een ranking opgesteld. In deze ranking zien we geen enkel Waals ziekenhuis, op het universitair ziekenhuis van Namen na. Mijnheer de minister, wat is volgens u de verklaring waarom alleen het universitair ziekenhuis van Namen in de top 30 staat en geen enkel ander Waals ziekenhuis?

We weten allemaal dat de Waalse ziekenhuizen hogere ereloonsupplementen aanrekenen dan de Vlaamse. Mijn collega had het er daarnet nog over. Toch leidt deze duurdere zorg blijkbaar niet tot een betere kwaliteit. Hoe komt dit? Worden ziekenhuizen die het heel goed doen beloond? Indien ja, hoe?

Indien neen, waarom niet?

35.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ranglijsten maken is eigen aan de mens. Dat vinden we prettig. De vraag is echter hoe we ze maken. Men moet toch altijd naar de methodologie van een ranglijst kijken. Voor het opstellen van deze Belgische ranglijst ontbreken bijvoorbeeld voornamelijk de klinische data. De methodologie van *Newsweek* voor België geeft meer de aanbeveling van medische experts weer, dan een objectieve beoordeling van de Belgische ziekenhuizen.

In de Amerikaanse ziekenhuizen weegt de aanbeveling van medische experts voor slechts 54 % van de punten mee, terwijl dit in België 85 % is. Bovendien zijn de aanbevelingen van medische experts gebaseerd op twee surveys die naar hen werden verstuurd. De deelname aan de surveys was vrijwillig. In totaal werden 80.000 experts wereldwijd aangeschreven, maar er zijn geen concrete cijfers over het aantal medische experts dat in België werd aangeschreven. Ook over de responsgraad wordt geen informatie gegeven. Voor de POM-survey is er eveneens geen informatie over de responsgraad. We hebben met andere woorden dus geen enkel zicht op de statistische waarde van de bevraging.

Newsweek berekent de nationale scores op basis van vier bronnen. Ten eerste, de aanbevelingen. Ten tweede, de patiëntenervaringen. Ten derde, de implementatie van Patiënt Reported Outcome Measures-vragenlijsten. Ten vierde, medische KPI's. Het onderzoeksbureau beschikte echter niet over de kwaliteitsmetingen van de Belgische ziekenhuizen, waardoor de resultaten hiervan niet werden opgenomen in de berekening van de ranking. De berekening voor België wijkt daardoor af van andere landen. Van de vier bronnen werden er dus eigenlijk slechts drie gebruikt.

Bovendien baseert *Newsweek* de resultaten voor patiëntenervaringen in België op Google-reviews, met een sterrenscore, en op de ISQua-accreditatie en -certificaten en niet op officiële data met betrekking tot patiëntenervaringen. Daardoor weegt het resultaat voor patiëntenervaringen minder door in de totaalscore, 7 in plaats van 14. Dat verklaart waarom de aanbevelingen van de medische experts het grootste aandeel hebben in het bepalen van de ranking. Als het gaat over het meten van resultaten van zorg, is de ranking dus vrijwel waardeloos. Er zijn bij de deelstaten goede initiatieven om de kwaliteit van zorg in instellingen correct te meten. Het lijkt mij nuttiger om daarmee aan de slag te gaan.

Met betrekking tot kwaliteit wil ik nog verwijzen naar een antwoord dat ik gaf aan mevrouw Gijbels. Ik wil inderdaad, op basis van gevalideerde indicatoren, een veel groter gewicht gaan geven in de financiering van de ziekenhuizen aan *pay for performance*, veel groter dan vandaag, wat absoluut peanuts is. Dat wil ik dus versterken. Daarop komen wij later ongetwijfeld terug.

U verwees ook naar de ereloonsupplementen. Daarvoor verwijs ik naar mijn antwoord aan de heer Creyelman. Ik zal dat niet herhalen, maar ik heb aan hem beloofd dat ik zal nakijken hoe ik hem een lijst kan ter beschikking stellen. Dat probeer ik zo snel mogelijk te doen.

35.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, blijkbaar is het door een samenloop van omstandigheden dat de Belgische ziekenhuizen het niet zo goed doen. Ik kan aannemen dat de methodologie aan de basis ligt van het feit dat de Belgische ziekenhuizen achterophinken in de ranking, maar alles wat u zegt, geldt toch voor alle Belgische ziekenhuizen? Uw antwoord voldoet niet, want dan zou er in de ranking geen enkel Vlaams ziekenhuis voorkomen. Toch staan er Vlaamse ziekenhuizen en een Waals ziekenhuis in, dus ergens moet er iets niet kloppen in uw uitleg.

U zegt dat wij naar de methodologie moeten kijken en dat wij geen zicht hebben op de statistische waarden, maar dat geldt dan toch voor alle ziekenhuizen? Niettemin blijkt uit de top 30 van beste ziekenhuizen dat daar wel Vlaamse ziekenhuizen in voorkomen maar slechts één Waals ziekenhuis.

Uw antwoord bevredigt mij dus niet helemaal. Ik begrijp echter wel dat er gekeken moet worden naar de methodologie en dat het niet opgaat om onze Belgische ziekenhuizen te vergelijken met bijvoorbeeld de ziekenhuizen in Amerika of elders. Uw antwoord bevredigt mij echter niet in deze zin dat voor onze Belgische ziekenhuizen wel dezelfde methodologie wordt gebruikt, terwijl dan blijkt dat de Waalse en Brusselse ziekenhuizen achterophinken.

Wat betreft de ereloonsupplementen, we zijn blij dat u dat probleem wilt aanpakken en dat u zult zorgen voor een correcte methodologie, waarmee eerlijk zal kunnen worden gemeten hoe de vork juist in de

steel zit.

Ik ben niet echt tevreden met het antwoord en bekijk nog of ik daarover al dan niet een vervolgvraag stel.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.46 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 46.