CRIV 55 **COM 1053**

DE KAMER BE
LA CHAMBRE BE

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Mardi

18-04-2023

Après-midi

Dinsdag

18-04-2023

Namiddag

N-VA	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
Ecolo-Groen	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
PS	*Parti Socialiste*
VB	*Vlaams Belang*
MR	*Mouvement Réformateur*
CD&V	*Christen-Democratisch en Vlaams*
PVDA-PTB	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Open Vld	*Open Vlaamse Liberalen en Democraten*
Vooruit	*Vooruit*
Les Engagés	*Les Engagés*
DéFI	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH	*Indépendant - Onafhankelijk*

Abréviations dans la numérotation des publications :		*Afkortingen bij de nummering van de publicaties :*	
DOC 55 0000/000	*Document parlementaire de la 55e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*	*DOC 55 0000/000*	*Parlementair stuk van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA	*Questions et Réponses écrites*	*QRVA*	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*	*CRIV*	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*
CRABV	*Compte Rendu Analytique*	*CRABV*	*Beknopt Verslag*
CRIV	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*	*CRIV*	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*
PLEN	*Séance plénière*	*PLEN*	*Plenum*
COM	*Réunion de commission*	*COM*	*Commissievergadering*
MOT	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*	*MOT*	*Moties tot besluit van interpellaties (op beigekleurig papier)*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prothèses capillaires" (55035540C) 1
Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise de sang avant la chimiothérapie" (55035542C) 2
Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de référence pour les tumeurs de la tête et du cou" (55035543C) 4
Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tarifs conventionnés dans un hôpital bruxellois" (55035545C) 5
Orateurs: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Solidaris relative au report de soins" (55035578C) 7
Orateurs: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en place du Conseil fédéral des pharmaciens" (55035585C) 8
Orateurs: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une information indépendante sur les médicaments" (55035650C) 9
Orateurs: **Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de l'échelle des soins et l'attractivité de la profession infirmière" (55035652C) 12
Orateurs: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des

INHOUD

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming voor haarwerken" (55035540C) 1
Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bloedafname voor chemotherapie" (55035542C) 2
Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De referentiecentra voor hoofd- en halstumoren" (55035543C) 3
Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventietarieven in een Brussels ziekenhuis" (55035545C) 5
Sprekers: **Nawal Farih, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Solidaris over het uitstel van zorg" (55035578C) 7
Sprekers: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invoering van de Federale Raad voor Apothekers" (55035585C) 8
Sprekers: **Laurence Zanchetta, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onafhankelijke geneesmiddeleninformatie" (55035650C) 9
Sprekers: **Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de zorgladder en de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige" (55035652C) 12
Sprekers: **Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van

Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 13
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport relatif à la qualité des stages des MACS" (55036038C) 13
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins spécialistes en formation" (55035938C) 13
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des médecins assistants" (55036023C) 13

Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de l'électro-hypersensibilité en Belgique" (55035704C) 17

Orateurs: **Benoît Piedboeuf**, président du groupe MR**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Débat d'actualité sur l'Antabuse et questions jointes de 19
- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suspension par Sanofi de la distribution de l'Antabuse en Belgique" (55035835C) 19
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de l'Antabuse" (55035891C) 19
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la vente de l'Antabuse" (55035921C) 19
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la commercialisation de l'Antabuse par Sanofi en Belgique" (55035930C) 19
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'Antabuse" (55036036C) 19

Orateurs: **Karin Jiroflée, Laurence Hennuy, Dominiek Sneppe, Laurence Zanchetta, Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique**, Kathleen Depoorter**

Question et interpellation jointes de 27
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pharma deals secrets" (55000399I) 27
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des contrats secrets" (55035922C) 27

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB**, Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 13
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport over de kwaliteit van de stages van de ASO's" (55036038C) 13
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsen-specialisten in opleiding" (55035938C) 13
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsomstandigheden van de assistent-artsen" (55036023C) 13

Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van elektrohypersensitiviteit in België" (55035704C) 17

Sprekers: **Benoît Piedboeuf**, voorzitter van de MR-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Actualiteitsdebat over Antabuse en toegevoegde vragen van 19
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verdeling van Antabuse in België door Sanofi" (55035835C) 19
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorradig zijn van Antabuse" (55035891C) 19
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verkoop van Antabuse" (55035921C) 19
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verkoop van Antabuse door Sanofi in België" (55035930C) 19
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tekorten aan Antabuse" (55036036C) 19

Sprekers: **Karin Jiroflée, Laurence Hennuy, Dominiek Sneppe, Laurence Zanchetta, Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid**, Kathleen Depoorter**

Samengevoegde vraag en interpellatie van 27
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geheime farmadeals" (55000399I) 27
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van geheime contracten" (55035922C) 27

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie**, Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Motions 34

Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du cannabis pour soulager les patientes atteintes d'endométriose" (55035664C) 36
Orateurs: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le surcoût des mesures d'accompagnement pour les centres de collecte de sang" (55035732C) 39
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 40
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle budgétaire et les dépenses en soins de santé" (55035703C) 40
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les décisions en matière de santé prises lors du conclave budgétaire" (55035792C) 40
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de la Santé publique après l'ajustement budgétaire" (55035933C) 40
Orateurs: **Kathleen Depoorter, Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Sofie Merckx**, président du groupe PVDA-PTB**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le personnel infirmier de base" (55035733C) 48
Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les bénéfices de la plateforme fédérale de dépistage" (55035739C) 51
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Moties 34

Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van cannabis om de symptomen van endometriose te verlichten" (55035664C) 36
Sprekers: **Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hogere kosten van de flankerende maatregelen voor bloedcollectecentra" (55035732C) 38
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 40
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De begrotingscontrole en de gezondheidszorguitgaven" (55035703C) 40
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beslissingen van het begrotingsconclaaf inzake volksgezondheid" (55035792C) 40
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De begroting van Volksgezondheid na de begrotingsaanpassing" (55035933C) 40
Sprekers: **Kathleen Depoorter, Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Sofie Merckx**, voorzitter van de PVDA-PTB-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De basisverpleegkundige" (55035733C) 48
Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De winsten van het federale testplatform" (55035739C) 51
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 18 AVRIL 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 18 APRIL 2023

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Nawal Farih.
La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 13 et présidée par Mme Nawal Farih.

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 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tegemoetkoming voor haarwerken" (55035540C)
01 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prothèses capillaires" (55035540C)

01.01 **Nawal Farih** (cd&v): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag, die handelt over levenskwaliteit voor vrouwen die door ziekte hun haar verliezen.

Mijnheer de minister, als gevolg van bijvoorbeeld een ziekte, ziektebehandeling of trauma kan haarverlies of (gedeeltelijke) kaalheid optreden. Veel mensen denken dan snel aan de gevolgen van een kankerbehandeling, maar kaalheid -alopecia in vakjargon- kan een gevolg zijn van uiteenlopende medische redenen en raakt patiënten soms levenslang. Voor hen is een haarprothese vaak zowel een medische als mentale verlichting van de gevolgen van hun ziekte of aandoening en een opstap om hun leven opnieuw op te nemen.

De kostprijs van een haarprothese varieert afhankelijk van de soort prothese. De gemiddelde prijs van een haarwerk in kunstvezel is 750 euro. De gemiddelde prijs voor haarwerk in echt haar, wat ook vaker de voorkeur uitdraagt van patiënten, ligt hoger op 2.000 euro.

Minister Van Peteghem verlaagde in 2021 de btw voor medische haarprothesen van 21 % naar 6 % wat uiteraard reeds een belangrijke financiële aderlating betekende. Het probleem nu is dat de besparing door deze btw-verlaging eigenlijk weer wordt ingehaald door de hoge prijsstijgingen van de haarwerken ten gevolge van de inflatie.

Bij koninklijk besluit van 24 oktober 2002 werd er een vergoeding van 180 euro voorzien als tegemoetkoming in de prijs van medische haarprotheses. Deze blijkt nu echter veel te beperkt door de prijsstijgingen.

Mijn vragen voor de Minister;
•Zal er worden nagedacht over een actualisering van de hoogte van de terugbetaling voor haarwerken, zoals geregeld bij koninklijk besluit van 24 oktober 2002? Is deze tegemoetkoming vandaag nog voldoende

01.01 **Nawal Farih** (cd&v): *Les patients peuvent avoir besoin d'une prothèse capillaire coûteuse pour diverses raisons médicales. La réduction de la TVA instaurée en 2021 a entre-temps été contrebalancée par la hausse des prix due à l'inflation.*

Est-il envisagé d'actualiser ou d'indexer l'indemnité de 180 euros prévue par l'arrêté royal du 24 octobre 2002 afin de l'aligner davantage sur l'augmentation des prix?

hoog of dient dit geherevalueerd te worden?
•Of dient er eerder worden gekeken in een indexering van de tegemoetkoming voor haarwerken zodat deze meer in verhouding is met de gestegen prijzen voor medische haarprotheses?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, het besluit van 2002 waarnaar u verwijst, is mij natuurlijk bekend, want ik heb dat zelf destijds uitgevaardigd. Het was een belangrijke stap vooruit, omdat inderdaad niet was voorzien in de terugbetaling van pruiken voor bijvoorbeeld vrouwen of mannen die door een kankerbehandeling hun haar verloren waren.

Ik ben het met u eens dat de prijzen sinds 2002, eenentwintig jaar geleden, fors gestegen zijn. Toch wil ik eerlijk en transparant zijn in mijn antwoord. In de plannen die wij in de pijplijn hebben zitten, willen wij als allereerste initiatief de stoffen accessoires die ook gebruikt worden door mensen die hun haar verloren hebben, zoals sjaaltjes en mutsen, vergoedbaar maken, zo'n beetje onder dezelfde omstandigheden en voorwaarden als de voorwaarden die voor pruiken gelden. Het koninklijk besluit van 2002 wil ik dus niet direct herzien. Dat zit niet in de pijplijn. We moeten nu eenmaal keuzes maken met de beschikbare middelen. Wanneer ik zeg dat ik het koninklijk besluit niet wil herzien, dan bedoel ik het forfait dat in dat koninklijk besluit bepaald is.

De mogelijke indexering is een ander aspect, al is ook dat niet evident. Zonder ter zake een belofte te doen, zal ik alleszins laten onderzoeken of wij de tegemoetkoming kunnen indexeren, wat niet hetzelfde is als het forfait te wijzigen.

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La première initiative que je prendrai porte sur l'indemnisation d'accessoires en tissu, comme les châles et les bonnets, qui ne sont pas remboursés à l'heure actuelle. Une révision de l'arrêté royal n'est pas prévue. En revanche, je suis disposé à faire examiner la possibilité d'une indexation du montant de base.

01.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat een indexering zeker een eerste stap kan zijn. U verwijst naar sjaaltjes en mutsen. Uiteraard heb ik ook daarover met heel wat patiëntengroepen gesproken, maar niets is zo aangenaam als het kunnen aanhouden van een natuurlijke look, zoals men zichzelf ook kent als vrouw of man, als men zichzelf in de spiegel moet aankijken. Ik wil u daarom vragen om echt te bekijken of die indexering doorgevoerd kan worden en of het forfait voor die doelgroep toch niet omhoog kan worden gekrikt, ook al moet u zich aan budgetten houden. Het draait immers om levenskwaliteit, om het zich goed in zijn vel voelen. Graag vraag ik daar nogmaals uw aandacht voor.

01.03 **Nawal Farih** (cd&v): Je demande au ministre de vérifier si le forfait peut être relevé et/ou indexé, car il en va de la qualité de vie de ces patients.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

02 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bloedafname voor chemotherapie" (55035542C)
02 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise de sang avant la chimiothérapie" (55035542C)

02.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, patiënten die in oncologische trajecten zitten, moeten zich vaak verplaatsen en eerst een bloedafname ondergaan om te controleren of de bloedwaarden in orde zijn, alvorens met de chemotherapie van die dag te starten. Het komt wel eens voor dat een patiënt zich naar het ziekenhuis verplaatst, om daar dan vast te moeten stellen dat de bloedwaarden niet goed genoeg zijn om die dag met chemotherapie te beginnen. Dat zorgt niet enkel voor frustratie, maar ook voor programmatorische en organisatorische moeilijkheden in een gezin.

In Limburg is er een heel erg mooi project met het Wit-Gele Kruis. Ik

02.01 **Nawal Farih** (cd&v): Les patients qui s'engagent dans un trajet de soins oncologiques doivent commencer par effectuer une prise de sang afin de contrôler si leurs paramètres sanguins sont corrects avant de pouvoir bénéficier d'une chimiothérapie. Pour ce faire, le patient doit se rendre spécialement à l'hôpital, où l'on constate parfois

heb een vriendin die helaas sinds kort aan borstkanker lijdt en volop bezig is met chemotherapie, maar vaak werd zij door het ziekenhuis teruggestuurd omdat haar bloedwaarden niet in orde waren. Voor die mensen is het een wereld van verschil als dit laagdrempelig en efficiënt kan worden aangepakt.

Kreeg u reeds een vraag vanuit ziekenhuizen voor een structureel kader, juridisch en financieel, om bloedafnames door thuisverpleegkundigen te laten uitvoeren vooraleer met chemobehandelingen te starten?

Wat is er nodig om alle juridische en financiële obstakels weg te nemen?

Is een aanpassing van de nomenclatuur van de thuiszorg nodig om hier effectief werk van te kunnen maken?

qu'il n'est pas possible d'administrer la chimiothérapie le jour même. Cette situation est non seulement frustrante mais également source de difficultés d'organisation pour la famille.

Le ministre a-t-il déjà reçu une demande des hôpitaux visant à faire réaliser les prises de sang à domicile, par des infirmiers ou infirmières à domicile, avant d'entamer une chimiothérapie? Quels obstacles juridiques et financiers faudrait-il surmonter à cet égard? Une adaptation de la nomenclature des soins à domicile est-elle nécessaire à cet effet?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, ik ben het er helemaal mee eens dat het voor het welzijn van de mensen heel belangrijk is dat zij niet op het resultaat van een bloedafname moeten wachten wanneer ze in dagopname zijn alvorens de chemo kan starten of dat zij zich de dag daarvoor niet naar het ziekenhuis hoeven te begeven. Als dat kan worden vermeden, is dat heel goed voor hun welzijn. Ik sta daarover in contact met Kom Op Tegen Kanker. Ik ken het probleem en vind het behartenswaardig.

Om dit goed te regelen hebben we inderdaad een wijziging in de nomenclatuur van de thuisverpleegkundige nodig. Procedureel gesproken betekent dit dat de betrokken overeenkomstencommissie een voorstel moet doen om de nomenclatuur te wijzigen, waarna wij dat kunnen proberen in te passen in de begrotingsopmaak voor het jaar 2024, waaraan we binnen een paar maanden beginnen. Ik ben daar echt wel voor te vinden, maar ik kan niet zelf een voorstel doen en een beslissing nemen, dus ik roep alle betrokkenen op om daar werk van te maken. Ik spreek ook met Kom Op Tegen Kanker om een dergelijk voorstel ingang te laten vinden via de overeenkomstencommissie voor thuisverpleging.

Ondertussen maken de verpleegkundigen daarover in de praktijk wel al afspraken met de labs, die worden gefinancierd via een bloedafname. De kosten van een bloedafname door een lab zijn begrepen in de terugbetaling van de analyse. Er is daarvoor dus al een praktische oplossing, maar de goede oplossing zou inderdaad zijn dat men de nomenclatuur aanpast.

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il serait effectivement plus que souhaitable pour le bien-être des patients de ne plus devoir attendre à l'hôpital le résultat de la prise de sang avant le début de la chimiothérapie. Je suis en contact avec l'ASBL Kom op tegen Kanker à ce sujet.

Afin de régler ce problème, il faut modifier la nomenclature des soins infirmiers à domicile. Pour ce faire, la commission de conventions visée doit élaborer une proposition de modification, que nous pourrons ensuite prendre en compte dans les discussions sur la confection du budget pour 2024. Je suis favorable à l'idée, mais je ne puis rédiger cette proposition moi-même. C'est pourquoi j'invite toutes les parties prenantes à y travailler.

En attendant, les infirmiers s'arrangent déjà avec les laboratoires afin que le coût de la prise de sang soit compris dans le remboursement de l'analyse de sang. Une solution structurelle nécessite toutefois une modification de la nomenclature.

02.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, u kunt dat misschien niet alleen doen, maar ik reken wel op uw steun en op de druk die u kunt uitoefenen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De referentiecentra voor hoofd- en halstumoren" (55035543C)

03 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres de référence pour les tumeurs de la tête et du cou" (55035543C)

03.01 **Nawal Farih** (cd&v): *Geachte minister, als antwoord op een schriftelijke vraag van mij vermeldde u dat de aangekondigde referentiecentra voor hoofd- en halstumoren nog deze legislatuur zouden worden opgericht.*

Referentiecentra voor patiënten met hoofd-halstumoren en ovariumtumoren moeten garant staan voor medische zorg van de hoogste kwaliteit. Maar de zorg moet ook patiëntgericht zijn en aandacht hebben voor psychosociale ondersteuning en revalidatie.

In het licht van het recent rapport van het KCE inzake de borstcentra is deze aandacht voor kwaliteit en centralisatie des te belangrijker.

Naast hoofd-hals- en ovariumtumoren zijn er nog andere zeldzame en complexe tumoren. In het kader van het KCE-rapport Organisatie van de zorg voor volwassenen met een zeldzame of complexe kanker stelden expertenwerkgroepen in 2014 al voor veertien zeldzame en complexe kankers een organisatiemodel op, waaronder voor kankers tijdens de zwangerschap, zeldzame kwaadaardige huidtumoren, alvleesklierkankers en zeldzame lever- en galblaaskankers.

Daarom mijn vragen voor de minister:
• Kan u reeds meer toelichting geven bij de oprichting van de hoofd- en halstumoren? Welke timing wordt hiervoor voorzien? Welke criteria zullen hierbij gehanteerd worden? Welke stakeholders worden hierbij betrokken?
• Zijn er intussen reeds plannen voor andere referentiecentra met oog op de behandeling van zeldzame kankers of tumoren? In welke mate baseert men zich hiervoor op het rapport van het KCE van 2014?

03.01 **Nawal Farih** (cd&v): *Le ministre a répondu précédemment que les centres de référence pour les tumeurs de la tête et du cou seraient encore mis en place au cours de cette législature.*

Où en est-on? Envisage-t-on de créer d'autres centres de référence pour des cancers rares?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, mijn administratie is volop bezig de centralisatie van de zorg voor hoofd- en halstumoren uit te werken. De bedoeling is de referentiecentra daarvoor nog in deze legislatuur in te richten. Die zullen moeten beschikken over een multidisciplinair team met de nodige expertise in hoofd- en halstumoren, maar ook over de nodige paramedische ondersteuning voor de patiënten. Voor de selectie en de opvolging van die referentiecentra zullen we nog kwaliteits- en procesindicatoren introduceren. Ik denk onder meer aan een voldoende volume aan activiteiten, maar ook aan de resultaten. We werken dat uit in goed overleg met het terrein: de ziekenhuiskoepels, de artsensyndicaten, de verzekeringsinstellingen, experts ter zake, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Kankerregister en patiëntenverenigingen.

U vraagt of we dergelijke plannen ook hebben voor andere zeldzame kankers. In de pijplijn zit momenteel de strategie met betrekking tot hoofd- en halstumoren, alsook met betrekking tot ovariumtumoren. We kunnen nadien bekijken welke andere zeldzame of complexe kankers in gespecialiseerde referentiecentra zouden moeten worden behandeld. Ik weet niet of ik dat nog tijdens deze legislatuur op gang kan brengen. Ik zal tevreden zijn als ik voor ovariumkanker en hoofd- en halstumoren, alsook voor pediatrische oncologie stappen vooruit kan zetten. Zoals u weet, willen we ook voor de AYA'S (adolescents & young adults) referentiecentra en een methodiek ontwikkelen. Dat is toch een omvangrijk programma.

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Mon administration s'y emploie pleinement. Nous devons encore introduire des indicateurs de qualité et de processus pour la sélection et le suivi de ces centres de référence en concertation avec l'ensemble des personnes concernées. Après la création de ces centres de référence, nous pourrons examiner quels autres cancers rares ou complexes devraient être pris en charge dans des centres de référence spécialisés, mais j'ignore si cela pourra encore se faire au cours de cette législature. En effet, nous voulons créer également des centres de référence pour les adolescents et les jeunes adultes.

03.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben inderdaad op de hoogte van de AYA-zorg en heb daarover ook een resolutie ingediend. Ik ben blij dat u dat ter harte hebt genomen en daarmee aan de slag bent gegaan.

Ik weet ook dat er een expertenwerkgroep is geweest in 2014, die veertien zeldzame, complexe kankers heeft aangeduid die een specifiek organisatiemodel vergen. Ik hoop dat we daar de komende jaren zullen kunnen op inzetten, want kwaadaardige huidtumoren en kankers tijdens zwangerschap zijn ook specifieke kankers die heel specifieke zorg nodig hebben.

03.03 **Nawal Farih** (cd&v): J'ai déposé une proposition de résolution concernant la prise en charge des adolescents et des jeunes adultes. En 2014, un groupe de travail d'experts a recensé 14 cancers rares et complexes qui nécessitent un modèle organisationnel spécifique. J'espère que nous pourrons fournir des efforts dans ce sens au cours des prochaines années.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

04 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventietarieven in een Brussels ziekenhuis" (55035545C)
04 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tarifs conventionnés dans un hôpital bruxellois" (55035545C)

04.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het aantal geconventioneerde artsen in het UZ Jette, dat steeds meer ingeperkt wordt. Ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Geachte minister, steeds meer specialisten kiezen ervoor om te deconventioneren. Er is zelfs sprake van een ware "deconventioneringsgolf" bij bepaalde specialisaties. En wie is hier de dupe van? De patient. Dit terwijl elke patiënt recht heeft op betaalbare en toegankelijke gezondheidszorg.

Daarenboven zien we ook regionale verschillen tussen ziekenhuizen met een hoge conventiegraad en ziekenhuizen waar de patiënt nauwelijks terechtkan bij geconventioneerde artsen. Naast toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, is ook nabijheid steeds een belangrijk streefdoel.

Specifiek in het UZ Brussel te Jette is het aantal niet-geconventioneerde artsen sinds februari 2023 sterk gestegen, waardoor er op sommige afdelingen geen geconventioneerde artsen meer werken. Een van die afdelingen is bijv. dermatologie. Recent bleek zo nog dat dermatologie de specialisatie is met de laagste conventiegraad. Specifiek voor het UZ Jette betekent dit dat een Nederlandstalige patiënt in het enige Nederlandstalige ziekenhuis in het Brussels gewest in principe geen keuzevrijheid meer heeft wat betreft de keuze tussen een geconventioneerde of niet-geconventioneerde arts voor bepaalde specialisaties.

Mijn vragen voor de minister:

Hoeveel afdelingen in het UZ Jette beschikken over geen enkele geconventioneerde arts? Welke afdelingen? Hoeveel procent van de artsen in het UZ Jette is geconventioneerd, deels geconventioneerd of gedeconventioneerd?
Wat kan er worden gedaan om de Nederlandstalige patiënten in Brussel toch zoveel mogelijk toegang te geven tot geconventioneerde tarieven van de betrokken zorgdisciplines?

Volgens de IMA-studie was het maximumpercentage van de ereloonsupplementen in het UZ Brussel 175 % op 1 januari 2022. Is dit nog steeds het geval of is er intussen sprake van een stijging of daling?

04.01 **Nawal Farih** (cd&v): *Le nombre de médecins conventionnés à l'UZ Jette est de plus en plus restreint.*

Quels sont les services qui ne comptent aucun médecin conventionné? Quel est le pourcentage de médecins conventionnés, partiellement conventionnés ou déconventionnés à l'UZ? Quelles mesures peuvent être prises pour offrir malgré tout aux patients néerlandophones à Bruxelles le plus grand accès possible aux tarifs conventionnés? Quel est le pourcentage maximum des suppléments d'honoraires? Le gel des plafonds maximums sera-t-il prolongé d'un an? Des initiatives supplémentaires pour maîtriser la prolifération des suppléments d'honoraires sont-elles prévues?

In mei 2022 ging de standstill op de maximumplafonds in de ziekenhuizen in voor een periode van 1 jaar. U had de intentie om deze standstill met een jaar te verlengen – kan u hier al wat meer toelichting bij geven? Zal de standstill met een jaar worden verlengd? Zijn er bijkomende initiatieven om de wildgroei aan ereloonsupplementen onder controle te houden?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uit de meest recente cijfers van het RIZIV blijkt dat gedurende het eerste semester van 2020 79,54 % van de artsen die attesteerden via het RIZIV-nummer van het UZ Brussel volledig geconventioneerd is. Dit is op zichzelf wel een bevredigend cijfer, meen ik.

Er zijn echter disciplines waar de conventionering ondermaats is: cardiologie, 51 %, dermatologie, 36 %, gynaecologie, 38 %, oftalmologie, 50 %, plastische chirurgie, 20 %, stomatologie, 33 %, en urologie, 20 %. Ik moet wel zeggen dat 60 % gedeeltelijk geconventioneerd is. In het UZ Brussel, maar ook elders, is dit toch een bijzonder aandachtspunt. Wat mij betreft, is het ook een belangrijk actiepunt.

Ik wil wel zeggen dat ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname niet afhangen van het conventiestatuut van de arts, maar van de kamerkeuze. In een twee- of meerpersoonskamer kan een arts, zelfs als hij gedeconventioneerd is, geen ereloonsupplementen aanrekenen. Dit is natuurlijk maar een magere troost, maar ik geef het even mee. Het ligt anders in de ambulante sector. Daar is het inderdaad louter afhankelijk van de conventiestatus van de arts.

Wat zijn wij aan het doen? U weet om te beginnen dat wij hier, met uw steun, wetgeving tot stand hebben gebracht die de elektronische facturatie koppelt aan de verplichting om ereloonsupplementen en niet-vergoedbare bedragen ook aan de ziekenfondsen mee te delen.

In de praktijk rollen wij dit uit gedurende enkele jaren. Het duurt dus nog even, maar als mijn geheugen mij niet bedriegt, betekent dit dat wij in de praktijk tegen 2025 of 2026 tot een volledig sluitende controle zullen kunnen komen op wat de realiteit is bij het aanrekenen van ereloonsupplementen.

U weet ook dat wij principieel, en ik benadruk 'principieel', wetgeving tot stand hebben gebracht waardoor ereloonsupplementen niet aangerekend kunnen worden aan patiënten met een verhoogde tegemoetkoming in de ambulante sector.

Wij moeten deze wetgeving omzetten in de realiteit via een koninklijk besluit. Ik wil dit nemen in de loop van het jaar 2024, maar ik wil het liefst dat het overleg daarover nu al voorbereid en opgestart wordt, want ik wil daarover met de artsen overleg plegen.

Zoals u weet, werken we daarnaast aan een maatregel waardoor een patiënt in elk ziekenhuis een NMR- of CT-scan kan laten nemen volgens het conventietarief. U weet dat ik voorts ook overleg pleeg om de rest van het jaar de bevriezing door te zetten van de maximumtarieven voor ereloonsupplementen die per ziekenhuis gelden voor de specialisten in het ziekenhuis. Dat overleg loopt nog.

Tot daar de maatregelen om de supplementen aan banden te leggen.

Daarnaast vind ik het belangrijk de geconventioneerde artsen daar vol-

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Au cours du premier semestre de 2020, 79,54 % des médecins de l'UZ Jette étaient totalement conventionnés. Ce chiffre est satisfaisant. Toutefois, dans certaines disciplines, le taux de conventionnement est plutôt insuffisant. Il s'agit certainement d'un point d'action important.

Les suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation ne dépendent pas du statut de conventionnement du médecin, mais du choix du type de chambre. Lorsqu'il s'agit d'une chambre à deux lits ou plus, un médecin ne peut réclamer aucun supplément d'honoraires, même s'il est déconventionné. Dans le secteur ambulatoire, en revanche, cela dépend uniquement du statut conventionnel du médecin.

Il existe une législation en vertu de laquelle la facturation électronique est liée à l'obligation de communiquer également les suppléments d'honoraires et les montants non remboursables aux mutualités. Nous allons mettre cela en pratique pendant quelques années et d'ici 2025 ou 2026, nous parviendrons à un contrôle tout à fait efficace.

Les suppléments d'honoraires ne peuvent pas être réclamés aux patients bénéficiant d'une intervention majorée dans le secteur ambulatoire. Un arrêté royal sera promulgué à ce sujet dans le courant de l'année 2024. Je souhaite toutefois que la concertation y relative soit préparée et entamée dès à présent.

Par ailleurs, nous nous efforçons d'aboutir à une mesure qui permettrait au patient de pouvoir bénéficier d'un examen RMN ou CT dans n'importe quel hôpital et au tarif conventionné.

doende voor te belonen en aan te moedigen. Zoals u weet, heb ik daartoe dit jaar in de begroting van de ziekteverzekering een bedrag van 100 miljoen uitgetrokken. Dat bedrag dient voor kostencompensatie, specifiek gericht op mensen die zich houden aan de conventietarieven.

Op uw vraag of het maximum van de ereloonsupplementen in het UZ Brussel nog steeds 175 % bedraagt, kan ik bevestigend antwoorden, met dien verstande dat dat dat percentage niet van toepassing is voor de diensten plastische heelkunde, MKA, oogheelkunde, noch voor externe verloskundigen. In die gevallen wordt het ereloon, van maximaal 300 %, vooraf – op basis van de formule van *informed consent* – aan de patiënt voorgelegd.

Hiermee heb ik alvast een antwoord geboden op de meeste van uw vragen.

Vermits u in uw betoog bent uitgegaan van het voorbeeld van het UZ Brussel, wil ik graag onderstrepen dat ook het ziekenhuis zelf, een universitair ziekenhuis, in dezen een verantwoordelijkheid draagt. Een universitair ziekenhuis dient een voorbeeldrol te vervullen, qua cultuur van behandeling van patiënten, en ook qua cultuur van het omgaan met de financiële zorgen van patiënten en de financiële draagkracht. Een dergelijk ziekenhuis dient zijn voorbeeldrol als ziekenhuis op te nemen via het aanbieden van voldoende zorg aan conventietarieven. Daar ligt, mijns inziens, ook een verantwoordelijkheid bij het UZ Brussel zelf.

La concertation est en cours afin de prolonger pour le restant de cette année le gel des tarifs maximums de suppléments d'honoraires des spécialistes dans chaque hôpital.

Cette année, j'ai dégagé 100 millions d'euros dans le budget de l'assurance maladie afin de récompenser et d'encourager les médecins conventionnés.

Le maximum des suppléments d'honoraires à l'UZ Jette est toujours de 175 %, mais en ce qui concerne entre autres le service de chirurgie esthétique, les honoraires maximums de 300 % sont communiqués à l'avance au patient.

Un hôpital universitaire se doit de jouer un rôle d'exemple en proposant suffisamment de soins à des tarifs conventionnés. Cette responsabilité incombe également à l'UZ Jette lui-même.

04.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u voor uw uitvoerige antwoord. U hebt gelijk in wat u op het einde zei, maar ook daar rijst de vraag: kunnen wij als overheid geen verdeelsleutel opleggen waarbij we garanderen dat er op bepaalde afdelingen altijd geconventioneerde artsen aanwezig zijn om ervoor te zorgen dat er voor iedere patiënt betaalbare zorg is? Naast kwaliteit en nabijheid is die betaalbaarheid namelijk essentieel. Ze is dat nog meer geworden tijdens de laatste jaren, waarin heel wat mensen door financiële moeilijkheden zorg hebben uitgesteld. We moeten dus breder en ruimer kijken. Als het zelfs bij een universitair ziekenhuis niet vanzelf kan, moeten we misschien duidelijke regels invoeren waardoor iedere patiënt op z'n minst een keuze kan maken die bij zijn portefeuille past.

04.03 **Nawal Farih** (cd&v): En tant qu'autorité, ne sommes-nous pas en mesure d'imposer une clé de répartition qui garantisse en permanence la présence des médecins conventionnés dans certains services? En plus de la qualité et de la proximité, le caractère abordable me semble également être un critère essentiel.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Solidaris relative au report de soins" (55035578C)
05 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Solidaris over het uitstel van zorg" (55035578C)

05.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, récemment, l'institut Solidaris a publié les résultats de son enquête annuelle visant à mesurer les inégalités des Belges face à la santé à travers le report de soins.

Le rapport indique dans un premier lieu des résultats encourageants et une diminution globale des reports, fruit des mesures d'amélioration de l'accessibilité des soins de santé prises par votre gouvernement.

Malgré ces résultats positifs, le rapport met en lumière, à l'instar du

05.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Uit een recent rapport van Solidaris over de ongelijkheid inzake gezondheid blijkt dat onze landgenoten minder geneigd zijn om zorg uit te stellen. Dat is het resultaat van de regeringsmaatregelen om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Net als het rapport van de WHO wordt in het rapport ook gewezen op de complexe situatie

récent rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une situation toujours plus complexe pour les personnes les plus fragiles.

Plus inquiétant encore, les soins de santé mentale souffrent d'une augmentation des reports pour des raisons financières. En outre, près de la moitié des personnes les plus précarisées reportent des soins psychologiques, alors que les ménages plus aisés retrouvent leur niveau de 2015.

Monsieur le ministre, il est indispensable que les populations les plus vulnérables puissent bénéficier des soins dont elles ont besoin, et de ne pas creuser davantage le fossé des inégalités sociales en matière de santé. Le gouvernement s'y est d'ailleurs engagé.

Quelle est votre position vis-à-vis des recommandations formulées dans le rapport afin de réduire les inégalités des Belges face aux soins de santé? Des mesures supplémentaires pourraient-elles être envisagées en matière d'accessibilité financière aux soins d'ici la fin de la législature?

van de meest kwetsbare personen. In de geestelijkegezondheidszorg wordt er daarentegen wel meer zorg uitgesteld om financiële redenen. Dat is het geval voor de helft van de meest kwetsbaren, terwijl de meer bemiddelde gezinnen weer op het niveau van 2015 zitten. Aangezien de regering zich daartoe verbonden heeft, moeten de kwetsbare bevolkingsgroepen de zorg krijgen die ze nodig hebben teneinde de enorme ongelijkheid niet nog meer te doen toenemen.

Wat vindt u van de aanbevelingen van het rapport? Zouden er tegen het einde van de legislatuur maatregelen kunnen worden genomen op het stuk van de financiële toegankelijkheid van de zorg?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Zanchetta, la lutte contre les inégalités en matière de santé et pour l'accessibilité aux soins pour tous les Belges est une priorité majeure de notre politique.

L'enquête de Solidaris à laquelle vous faites référence confirme ce que d'autres études récentes ont déjà révélé. Je vous renvoie à l'étude de l'OMS ou encore à l'étude des Mutualités chrétiennes sur les inégalités en matière de santé.

Nous avons déjà eu l'occasion d'échanger nos points de vue à ce sujet au sein de cette commission. Pour ne pas prendre trop de temps, je vous renvoie à la réponse que j'ai donnée le 14 mars en réaction à l'étude de l'OMS qui portait aussi spécifiquement sur l'accessibilité. J'ai alors listé toutes les actions et les initiatives prises et en préparation. Je vous renvoie également à la réponse que j'ai donnée en séance plénière le 17 janvier en réaction à l'étude des Mutualités chrétiennes.

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De strijd op het stuk van de toegankelijkheid van de zorg is een grote prioriteit van ons beleid. De enquête van Solidaris bevestigt wat andere studies al hebben aangetoond over de ongelijkheid. Ik verwijs naar de antwoorden die op 14 maart en 19 januari werden verstrekt, respectievelijk met betrekking tot de WHO-studie en de studie van de CM.

05.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je ne manquerai pas de relire les réponses que vous avez apportées. Il est vrai que l'on ne peut pas tolérer cela dans notre société. Pendant la crise sanitaire, pour des raisons différentes, nous avons assisté à un report de soins qui a donné lieu à de graves problèmes de santé. Aujourd'hui, reporter des soins, notamment par manque de moyens, reste intolérable.

05.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Het uitstellen van zorg om financiele redenen kan de gezondheidsproblemen verergeren en is onaanvaardbaar.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La mise en place du Conseil fédéral des pharmaciens" (55035585C)
06 Vraag van Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De invoering van de Federale Raad voor Apothekers" (55035585C)

06.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, j'ai déjà eu l'occasion de vous interroger à plusieurs reprises sur le sujet, notamment dans le cadre de votre note de politique générale où vous indiquiez que le Conseil fédéral des pharmaciens serait installé en 2023 et pourrait débuter ses travaux.

06.01 **Laurence Zanchetta** (PS): In uw beleidsnota staat dat de Federale Raad voor Apothekers in 2023 zou worden opgericht.

Deux arrêtés royaux ont ainsi été publiés: d'une part, un arrêté royal fixant les critères de représentativité des associations qui peuvent proposer des candidats comme membres de cet organe consultatif et d'autre part, un arrêté royal déterminant l'organisation interne et le fonctionnement du Conseil.

Un appel à candidature a été lancé pour désigner les associations professionnelles représentatives au Conseil par publication au Moniteur.

Monsieur le ministre, quand le Conseil fédéral des pharmaciens pourra-t-il être opérationnel?

Er werden een koninklijk besluit tot vaststelling van de criteria inzake de representativiteit van de beroepsverenigingen en een koninklijk besluit tot vaststelling van de interne organisatie en werking van de Federale Raad voor Apothekers gepubliceerd. Er werd een oproep tot kandidaatstelling gelanceerd om de representatieve verenigingen aan te wijzen.

Wanneer zal de Federale Raad voor Apothekers operationeel zijn?

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame, l'appel à candidatures que vous mentionnez a été publié au Moniteur belge le 7 avril dernier.

Les prochaines étapes qui précéderont le lancement des activités du Conseil sont les suivantes. L'appel à candidatures qui vient d'être publié laisse aux associations un délai de réponse de deux mois. Ensuite, les associations professionnelles représentatives devront être désignées sur base des demandes reçues. Puis, un appel sera lancé auprès des associations professionnelles représentatives ainsi qu'auprès des universités et coupoles d'organisations de patients afin de récolter des candidatures en tant que membre du Conseil fédéral des pharmaciens. Les membres et le président seront ensuite désignés sur base des critères de parité fixés par la loi.

Très pratiquement, nous envisageons un lancement du Conseil avant la fin de cette année.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De oproep tot kandidaatstelling werd op 7 april gepubliceerd. De verenigingen hebben twee maanden de tijd om te reageren. Daarna zal er een oproep gelanceerd worden om kandidaten voor te dragen als lid van de Federale Raad voor Apothekers. De leden en de voorzitter zullen vervolgens benoemd worden.

We mikken op een opstart van de raad voor het einde van het jaar.

06.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Les pharmaciens ne disposaient pas de cet organe qui permet de relayer leurs réflexions vers les autorités. C'est heureux au vu des nombreuses missions qui sont confiées régulièrement à cette profession, on l'a vu dernièrement durant la crise du covid.

Cela va constituer un outil très important pour les pharmaciens qui vont pouvoir s'en servir dans le souci d'améliorer les soins prodigués au patient.

06.03 **Laurence Zanchetta** (PS): Dat is een goede zaak gelet op de vele taken die regelmatig aan die beroepsgroep toevertrouwd worden. Apothekers zullen van dat instrument gebruik kunnen maken om de zorg voor de patiënt te verbeteren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster:** Vraag nr. 55035589C van mevrouw Van Hoof wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 55035604C van de heer De Caluwé vervalt aangezien hij afwezig is.

07 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onafhankelijke geneesmiddeleninformatie" (55035650C)
07 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Une information indépendante sur les médicaments" (55035650C)

07.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in uw beleidsverklaring schreef u: “Gratis en eenvoudige toegang tot begrijpelijke en onafhankelijke informatie over geneesmiddelen en andere apotheekproducten blijft een prioriteit voor mijn beleid. De bestaande initiatieven inzake de uitvoering van het meerjarenplan patiënteninfor-

07.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Dans son exposé d'orientation politique, le ministre a déclaré que l'accès aisé et gratuit à des informations compréhensibles

matie zullen verder worden uitgebouwd. Dit plan voorziet in verschillende initiatieven om het publiek breed en begrijpelijk te informeren via gerichte communicatie en de ontwikkeling van een webtoepassing, die alle informatie voor de burger op één plaats verzamelt".

Wij vinden dit een bijzonder zinvol initiatief, aangezien onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie over geneesmiddelen wel publiekelijk beschikbaar is via de bijsluiter en de publicaties van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, maar niet in een toegankelijk en begrijpelijk formaat voor patiënten, en bij uitbreiding alle burgers.

Er zijn goede initiatieven. Het FAGG publiceert heel wat informatie over geneesmiddelen op zijn website. Er zijn enkele jaren geleden ook voorlichtingscampagnes geweest rond goed gebruik van geneesmiddelen, onder de slogan *Een geneesmiddel is geen snoepje*. Recenter was er nog een campagne over biosimilaire geneesmiddelen.

Voor prijzen en terugbetaling vinden we heel wat informatie terug op de website van het RIZIV, via een webtoepassing. Betrouwbare gezondheidsinformatie in het algemeen is beschikbaar voor het grote publiek via Gezondheid en wetenschap, met de steun van de gemeenschappen.

Wat de overheid nu nog niet aanbiedt, is korte, toegankelijke en eenvoudige informatie per geneesmiddel, zoals dat in Nederland wel het geval is op apotheek.nl, een initiatief van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie. Op apotheek.be, een website die beheerd wordt door de Algemene Pharmaceutische Bond, is een gelijkaardig aanbod beschikbaar voor een beperkt aantal geneesmiddelen, een honderdtal. Testaankoop biedt een databank geneesmiddelen met 6.500 referenties aan, maar dit alleen mits abonnement.

Hoe ver staat de uitvoering van het meerjarenplan patiënteninformatie op dit moment, in het bijzonder wat betreft de webtoepassing, zoals beschreven in uw beleidsverklaring, die alle informatie voor de burger op één plaats zou verzamelen?

Op welke manier kan de belangrijke, maar soms moeilijk te begrijpen wetenschappelijke informatie over geneesmiddelen vlot toegankelijk en eenvoudig begrijpbaar gemaakt worden voor patiënten en burgers die niet geschoold zijn op dat gebied?

Hoe ziet u de verhouding tussen betrouwbare gezondheidsinformatie en onafhankelijke geneesmiddeleninformatie voor het grote publiek? Hoe staat u tegenover de private initiatieven die bestaan of in ontwikkeling zijn? Welke bijkomende initiatieven voorziet u op korte termijn om de doelstelling uit uw beleidsnota vooralsnog te realiseren?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, een eerste versie van deze webtoepassing patiënteninformatie zal tegen het einde van dit jaar operationeel zijn. Er is al een twintigtal informatiefiches opgesteld. Het is onze bedoeling tien à twaalf fiches per maand op te stellen, ook na de lancering van deze toepassing. Het doel is dat wanneer de burger online informatie zoekt over zijn geneesmiddelen, medische hulpmiddelen of andere gezondheidsproducten die verkocht worden in de apotheek, hij of zij correcte, actuele en onafhankelijke informatie kan terugvinden en dat die informatie beschikbaar is op één centrale plaats die voor de burger makkelijk vindbaar is.

et indépendantes sur les médicaments et autres produits d'officine constituait une priorité et que celle-ci serait concrétisée par le biais de la mise en œuvre des initiatives du plan pluriannuel en matière d'information des patients. De nombreuses initiatives de qualité sont déjà en cours de réalisation, mais les autorités ne proposent toujours aucune information succincte, accessible et simple pour chaque médicament comme sur le site apotheek.nl aux Pays-Bas.

Qu'en est-il de l'exécution du plan pluriannuel? Comment rendre les informations sur les médicaments aisément accessibles et compréhensibles pour les patients et les citoyens? Comment le ministre voit-il la relation entre des informations fiables en matière de santé et une information indépendante sur les médicaments à destination du grand public? Que pense-t-il des initiatives privées? Quelles autres initiatives prévoit-il?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Une première version de l'application en ligne d'information aux patients sera opérationnelle d'ici fin 2023. Une vingtaine de fiches d'information ont déjà été créées et nous avons l'intention d'en créer 10 à 12 de plus par mois. L'objectif est de permettre aux citoyens de trouver en ligne, en un

Een patiënt weet niet altijd wat het statuut is van een product. Daarom is het belangrijk dat alle producten die in de apotheek verkrijgbaar zijn, daarin zijn opgenomen. In een eerste fase van het project ligt de focus op geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Informatie over andere gezondheidsproducten zal in een later stadium worden toegevoegd. De informatie wordt gegeven op een voor de burger begrijpelijke manier.

De in de webtoepassing weergegeven informatie is afkomstig van de nationale geneesmiddelendatabank SAM, overige databanken van overheidsinstellingen – het RIZIV en de FOD Economie – en informatiefiches opgesteld met het oog op een goed gebruik. De gegeven informatie is dus betrouwbaar en onafhankelijk en wordt ook wetenschappelijk gevalideerd door het BCFI, wat de geneesmiddelen betreft, en door erkende experts, wat medische hulpmiddelen en andere gezondheidsproducten betreft.

De informatie over een specifiek geneesmiddel, medisch hulpmiddel of ander gezondheidsproduct, zoals de beschikbaarheid ervan, de prijs en de link naar documenten, zal worden geïntegreerd. Daarnaast zullen ook verwijzingen naar andere publicaties, zoals nieuwsberichten en overheidscampagnes op de website van bevoegde instanties, en naar bestaande relevante applicaties, zoals voor het melden van bijwerkingen van geneesmiddelen, geïntegreerd worden.

Behalve via het gebruik van de webtoepassing, kan de informatie over een specifiek geneesmiddel ook geraadpleegd worden via andere toepassingen, zoals mijngezondheid.be.

Het is belangrijk dat de informatie in de webtoepassing correct, up-to-date en onafhankelijk is. Daarom wordt er ook gewerkt met gevalideerde informatie. Dat neemt niet weg dat er wel verwezen kan worden naar andere interessante publicaties, initiatieven en toepassingen. De toepassing van het meerjarenplan patiënteninformatie is in volle ontwikkeling. Het meerjarenplan omvat verschillende initiatieven om Belgische burgers correct, begrijpelijk en uitgebreid te informeren, via campagnes en de ontwikkeling van deze webtoepassing.

Op korte termijn wordt vooral voortgewerkt aan de ontwikkeling van de webtoepassing, technisch, maar ook op het vlak van de weer te geven informatie. Ik wil intussen ook bekijken of er nog andere projecten kunnen worden opgestart die de onafhankelijkheid van de informatie kunnen garanderen, in de zin van een geneesmiddelenrepertorium dat aangepast is aan de noden van de patiënt. Daar wordt overleg over gepleegd, in het bijzonder met het BCFI.

07.03 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, uit uw antwoord maak ik op dat u hier druk bezig mee bent en dat u er wat vaart achter zult zetten. We zullen niet nalaten om dit op te volgen en u er binnenkort misschien nog eens aan te herinneren.

point central, des informations exactes, à jour et indépendantes sur les médicaments, les dispositifs médicaux ou d'autres produits de santé vendus en pharmacie. Durant une première phase du projet, l'accent sera mis sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Des informations sur d'autres produits de santé seront ajoutées ultérieurement.

Les informations fournies dans l'application proviennent de la banque de données nationale des médicaments SAM, d'autres banques de données d'organismes publics – l'INAMI et le SPF Économie – et de fiches d'information en vue d'un bon usage. Ces informations sont fiables, indépendantes et validées scientifiquement par le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) pour les médicaments et par des experts reconnus pour les dispositifs médicaux et autres produits de santé. Des informations sur un médicament ou un produit spécifique seront intégrées, de même que des références à d'autres publications et applications pertinentes existantes.

En outre, il est également possible de consulter des informations sur un médicament spécifique grâce aux applications telles que www.masante.belgique.be. Les informations figurant dans l'application doivent surtout être exactes, actualisées et indépendantes, et c'est pourquoi l'on utilise des informations validées. L'application du plan pluriannuel "Information des patients" est en cours de développement. À court terme, l'on planchera principalement sur le développement technique de ce plan et sur l'information. Je souhaite entretemps également examiner s'il est possible de démarrer d'autres projets. Une concertation est en cours à ce sujet, en particulier avec le CBIP.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de l'échelle des soins et l'attractivité de la profession infirmière" (55035652C)
08 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de zorgladder en de aantrekkelijkheid van het beroep van verpleegkundige" (55035652C)

08.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, depuis plusieurs mois, vous nous avez annoncé que votre cabinet travaillait, avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles, sur l'attractivité du travail du personnel de soins de santé.

En parallèle, votre cabinet a aussi demandé un avis au Conseil fédéral de l'art infirmier et à la Commission technique de l'art infirmier sur l'échelle des soins, avec un *focus* sur la place des spécialisations. Je cite: "À la suite de cet avis rendu, il devra être examiné dans quelle mesure des modifications seraient nécessaires, souhaitées et possibles."

Monsieur le ministre, ma question est assez simple. Pouvez-vous nous dire où nous en sommes dans ces analyses et quelles suites pourront être données à court, moyen et long terme? Une présentation de ces mesures est-elle également prévue? Je vous remercie dès à présent pour votre réponse.

08.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): U hebt de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde om advies gevraagd over de zorgladder. Hoe staat het met die analyses?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chère collègue, en effet, le Conseil des ministres a approuvé un projet de loi qui prévoit l'intégration de deux nouvelles fonctions dans l'art infirmier: la fonction d'assistant en soins infirmiers et la fonction d'infirmier chercheur clinicien. Ce projet de loi a été soumis au Parlement pour y être examiné. Parallèlement, l'arrêté d'exécution est déjà en cours de rédaction. De plus, j'ai demandé un avis consolidé au Conseil fédéral de l'art infirmier et à la Commission technique de l'art infirmier en ce qui concerne les différentes fonctions de l'échelle de soins pour l'art infirmier. En plus des fonctions que je viens de citer, cette échelle de soins comprends les fonctions d'aide-soignant, d'infirmier responsable des soins généraux, d'infirmier spécialisé et d'infirmier de pratique avancée.

J'ai reçu l'avis concernant la fonction d'infirmier responsable des soins généraux au début du mois. Les autres avis sont attendus prochainement. Par ailleurs, un groupe de travail sur la différenciation des tâches, composé de différents experts, a élaboré ces derniers mois un rapport sur les possibilités de transfert des tâches dans les soins infirmiers, dans un cadre qui garantisse la qualité. Cet avis est encore en cours de finalisation. Les travaux sur l'échelle de soins et la différenciation des tâches seront bientôt combinés afin d'aboutir à un plan consolidé de modernisation de l'art infirmier, pour préparer l'art infirmier aux défis de demain et renforcer l'attrait de la profession.

Les mesures nécessaires sont prises pour traduire le plus d'éléments possible en décisions avant la fin de cette législature. Les différents éléments seront évidemment expliqués au Parlement, particulièrement lors du débat sur le projet que je viens de mentionner.

Les travaux relatifs à l'attractivité du travail auprès du personnel de soins sont toujours en cours avec les partenaires sociaux et les organisations professionnelles. Les enjeux de la concertation sont vastes

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De ministerraad heeft een wetsontwerp goedgekeurd waarbij twee functies aan de verpleegkunde toegevoegd worden: basisverpleegkundige en klinisch verpleegkundig onderzoeker. Dat ontwerp werd aan het Parlement voorgelegd. Parallel daarmee is er een uitvoeringsbesluit in de maak.

Ik heb de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde om advies gevraagd over de functies in de zorgladder. Naast de voormelde functies omvat die ladder de volgende functies: zorgkundige, verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger, gespecialiseerde verpleegkundige en verpleegkundig specialist.

Ik heb het advies over de functie van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger ontvangen. De overige adviezen worden eerstdaags verwacht.

Er werd een verslag over mogelijke taakverschuivingen opgesteld. De

et nombreux. De plus, les travaux suivent une approche organisée et participative et s'articulent autour de trois axes répartis en plusieurs ateliers interactifs. En voici les objectifs: formuler précisément les problèmes d'attractivité dans le secteur des soins et le renforcer sur la base d'informations objectives; évaluer les solutions du passé; proposer et examiner les nouvelles pistes de solution. Le but est de pouvoir aboutir ensemble, avec tous les partenaires concernés, à un agenda pour l'avenir des soins, avec des pistes de solution en vue de rendre le travail dans ce secteur plus attractif à moyen et à long termes. Le calendrier prévoit de pouvoir clore les travaux avant les vacances d'été.

werkzaamheden rond de zorgladder en de differentiatie van taken worden samengevoegd om te komen tot één plan voor de modernisering van de verpleegkunde.

Er worden maatregelen genomen om zoveel mogelijk zaken in beslissingen om te zetten voor het einde van deze zittingsperiode.

De werkzaamheden met betrekking tot de aantrekkelijkheid van het beroep zijn nog aan de gang; bedoeling is om de problemen te omschrijven en het beroep aantrekkelijker te maken, de oplossingen uit het verleden te evalueren en nieuwe oplossingen te bestuderen. Het doel is om samen met de betrokken partners een agenda vast te leggen voor de toekomst van de zorg. Volgens het tijdschema worden de werkzaamheden nog voor de zomer afgerond.

08.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie car ces avancées me paraissent significatives. Il est vraiment nécessaire d'aboutir assez rapidement et en tout cas de donner un signal, puisque la pénurie dure depuis plus de dix ans. Actuellement, on n'est plus dans la gestion des risques mais dans celle des conséquences puisque certaines maternités et des lits de maisons de repos en zone rurale doivent fermer faute de personnel soignant.

On est maintenant au cœur du problème. Il est nécessaire de voir des initiatives avant la fin de la législature, cela me paraît essentiel. Nous avons reçu l'évaluation des moyens dans le cadre du Fonds Blouses blanches. Nous sommes à la fin de l'exercice puisque tous les fonds ont été accordés et nous n'avons pas encore trouvé de réponse structurelle à cette perte d'attractivité de la profession de l'art infirmier. Il est temps d'avancer.

08.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Het is noodzakelijk dat er vóór het einde van deze regeerperiode initiatieven genomen worden. We hebben de evaluatie van de middelen in het kader van het Zorgpersoneelfonds ontvangen. Dit is het einde van de oefening. Alle middelen werden geoormerkt en we hebben geen structureel antwoord gevonden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09 Samengevoegde vragen van
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport over de kwaliteit van de stages van de ASO's" (55036038C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenspecialisten in opleiding" (55035938C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsomstandigheden van de assistent-artsen" (55036023C)
09 Questions jointes de
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport relatif à la qualité des stages des MACS" (55036038C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins spécialistes en formation" (55035938C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des médecins assistants" (55036023C)

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de FOD Volksgezondheid heeft recentelijk de resultaten gepubliceerd van de nationale bevraging bij de artsen-specialisten in opleiding, de zogenaamde ASO's, en hun stagemeesters, over de kwaliteit van de opleiding voor ASO's in België.

,

Dat rapport legt een aantal pijnpunten bloot die voor een deel al bekend waren. Ook de Vlaamse Vereniging voor Arts-Specialisten in Opleiding, de VASO, trekt aan de alarmbel.

Zo komt in het rapport aan bod dat er niet wordt voorzien in tijd voor wetenschappelijke vorming, dat de begeleiding vaak te wensen overlaat en dat de wettelijke arbeidsduur vaak niet wordt gerespecteerd, wat de kwaliteit van de opleiding uiteraard ondergraaft. Dat blijkt ook uit het feit dat een vijfde van de ASO's zegt zich niet bekwaam te voelen de gevraagde wachtdiensten uit te voeren.

Ik kom tot mijn vragen hierover.

Een van de bijkomende voorstellen van de ASO's is de controle op de kwaliteit van de stages te laten uitvoeren door een onafhankelijk orgaan. Wat is uw mening over dat voorstel? Welke controles zijn er op dit moment al ingesteld? Hoeveel controles zijn er uitgevoerd? Wat is daarvan het resultaat? Plant u hervormingen op dat vlak?

Bij bijna de helft van de stageplaatsen blijkt er geen onafhankelijk vertrouwenspersoon te zijn, of weten de ASO's niet wie dat is. Ik vind dat verontrustend. Welke initiatieven zijn ter zake genomen? Welke bijkomende initiatieven plant u?

U gaf eerder al aan dat er in mei en juni discussietafels komen over de knelpunten. Wie zal daarbij aanwezig zijn? Wat zullen de concrete onderwerpen zijn die daar besproken worden?

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le SPF Santé publique a publié les résultats de la consultation nationale auprès des médecins spécialistes en formation (MSF) et de leurs maîtres de stage sur la qualité de la formation. La plupart des points noirs sont déjà connus: le temps consacré à la formation scientifique est insuffisant, l'accompagnement laisse à désirer et le temps de travail légal n'est pas respecté. Un MSF sur cinq se sent incompétent pour assurer des gardes.

Que pense le ministre de la proposition de faire contrôler la qualité de la formation par un organisme indépendant? Comment les contrôles actuels se déroulent-ils? Des réformes sont-elles prévues? Dans près de la moitié des stages, les MSF ne savent même pas qui est la personne de confiance indépendante. Que compte faire le ministre à cet égard? Qui participera aux tables de discussion prévues sur les différents problèmes rencontrés? Sur quoi porteront les discussions?

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, mag ik u vragen rekening te houden met de afwezigen en zo ruim mogelijk te antwoorden, ook op de vragen die niet mondeling gesteld zijn, zodat die mensen uw antwoorden in het verslag kunnen nalezen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal dat doen. Het gaat dan om de antwoorden op de vragen van mevrouw Rohonyi en mevrouw Fonck.

Laat mij om te beginnen zeggen dat een goede evaluatie en een goede opvolging van de kwaliteit van de stages voor de opleiding van artsspecialist, erg belangrijk zijn voor de artsen-specialisten in opleiding, net als goede arbeids- en loonvoorwaarden overigens.

U weet dat inzake de arbeids- en loonvoorwaarden een belangrijke stap gezet is met de in mei 2021 afgesloten collectieve overeenkomst. Het is precies om een beter zicht te krijgen op de kwaliteit dat de FOD Volksgezondheid deze bevraging organiseerde bij zowel de ASO's en hun stagemeesters als bij de coördinerende stagemeesters, met een heel grote responsgraad, en ook interessante bevindingen.

Natuurlijk mogen wij het daarbij niet laten. In mei zal een taskforce aan de slag gaan, met de bedoeling de algemene aanbevelingen die in het rapport werden opgenomen verder te concretiseren tot een actieplan, met aandacht voor de criteria die de kwaliteit van de stages stimuleren en ook met aandacht voor betere kwaliteitsindicatoren.

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Il est très important d'assurer une bonne évaluation et un bon suivi de la qualité des stages, tout comme de bonnes conditions de travail et de rémunération. Une CCT visant à améliorer ces conditions a été conclue en mai 2021. Cette enquête a été organisée afin d'obtenir une vue plus claire sur la qualité de la formation. Le taux de réponse a été élevé.

En mai 2023, une *task force* œuvrera à la concrétisation des recommandations générales dans un plan d'action. Les différentes parties concernées seront invitées, à savoir les associations de MSF, les maîtres de stage et les maîtres de stage coordinateurs des hôpitaux

Verschillende betrokken partijen zullen worden uitgenodigd voor deze taskforce, namelijk de verenigingen voor artsen-specialisten in opleiding, de stagemeesters en de coördinerende stagemeesters van universitaire en perifere ziekenhuizen, de decanen, de leden van de Hoge Raad van Artsen-Specialisten en van Huisartsen, de opleidingscoördinatoren, de voorzitters van de erkenningscommissies en de leden van de administratie.

Er zal onder meer worden gewerkt rond de rollen en de verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in de opleiding, het stimuleren van de kwaliteit van de opleiding in de stagediensten en de kwaliteitsevaluatie en opvolging van de stages, zodat een concreet actieplan kan worden opgemaakt.

De nood aan een onafhankelijk orgaan voor de controle van de kwaliteit van de stages kan ook worden onderzocht. Afhankelijk van de aard van het probleem moet vandaag worden aangeklopt bij de arbeidsinspectie, bij de gemeenschappen, of bij de FOD Volksgezondheid.

Gelet op de bevoegdheidsverdeling beschik ik niet over een alomvattend overzicht van het aantal procedures of klachten. Deze bevoegdheidsverdeling maakt het er voor de ASO's natuurlijk ook niet gemakkelijk op.

Vandaar dat mijn administratie het initiatief heeft genomen dit bevattelijk toe te lichten op een specifieke website.

Nog dit, de resultaten van de enquête geven de situatie weer die bestond voor de implementatie van de in mei 2021 afgesloten collectieve overeenkomst. De artsen-specialisten in opleiding hebben de enquête eind 2021 ingevuld. Hun is gevraagd daarbij te refereren aan een stage in het academiejaar 2020-2021. Het is dus waarschijnlijk dat, indien de situatie vandaag bevraagd zou worden, de resultaten beter zouden zijn.

Bij de implementatie van de collectieve overeenkomst heb ik gevraagd deze na twee jaar te evalueren. Die evaluatie loopt nu binnen de nationale paritaire commissie Artsen-Ziekenhuizen, waarin de ASO's inmiddels structureel vertegenwoordigd zijn. De toekomstige generatie artsen heeft een plek waar zij duidelijk haar stem kan laten horen.

De collectieve overeenkomst bepaalt dat een voltijdse tewerkstelling een arbeidsduur van 48 uur per week bedraagt. Een opt-out tot 60 uur is mogelijk volgens de wet van 12 december 2010, en dit aan een verhoogd uurloon.

In de evaluatie van de collectieve overeenkomst wordt eveneens bekeken of de voorwaarden inzake de arbeidsduur gerespecteerd worden. De collectieve overeenkomst bepaalt onder meer dat de contactgegevens van de vertrouwenspersoon of de preventieadviseur voor psychosociale aspecten uitdrukkelijk worden vermeld.

De opleidingsovereenkomsten zijn opgevraagd bij alle ziekenhuizen. Er wordt nagegaan of de vertrouwenspersonen in de overeenkomsten zijn opgenomen. Indien uit die evaluatie blijkt dat verdere opvolging nodig is, zullen wij dit natuurlijk voorleggen aan de taskforce Kwaliteit.

Dans le cadre de la convention collective du 19 mai 2021, plusieurs initiatives sont en cours, y compris l'outil d'enregistrement du temps.

universitaires et périphériques, les doyens, les membres du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, les coordinateurs de formation, les présidents des commissions d'agrément et les membres de l'administration. Les travaux porteront sur les responsabilités des différents acteurs de la formation, sur la promotion de la qualité de la formation et sur les évaluations relatives à la qualité des stages.

La nécessité de mettre en place un organe de contrôle indépendant peut certainement être examinée. À l'heure actuelle, le contrôle est effectué par l'inspection du travail des communautés ou du SPF Santé publique. En raison de cette répartition des compétences, j'ignore combien de plaintes ont été reçues concrètement. Mon administration fournira des informations sur les différentes compétences sur un site web spécifique afin d'apporter davantage de clarté aux MSF à ce sujet.

Les résultats de l'enquête portent sur la situation antérieure à la mise en œuvre de la convention collective de mai 2021. Si l'enquête était menée aujourd'hui, les résultats seraient meilleurs. La convention collective est en cours d'évaluation par la Commission paritaire médecins-hôpitaux, au sein de laquelle les médecins en formation disposent désormais d'une représentation structurelle.

D'après la convention collective, un emploi à temps plein compte 48 heures par semaine. Une extension à 60 heures est possible en opting-out moyennant un salaire horaire majoré. Lors de l'évaluation, il est contrôlé que ces conditions sont respectées et que la personne de confiance ou le conseiller en prévention figure bien dans les contrats.

In het kader van de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021

Avec cet outil, les médecins spécialistes en formation pourraient enregistrer indépendamment leurs propres heures de travail, dans le but de déployer le système complet d'enregistrement des temps d'ici l'année académique 2023-2024. De plus, les conventions de stage de tous les hôpitaux belges ont été demandées et sont actuellement testées de manière substantielle au regard des exigences de la convention collective du 19 mai 2021. Ce contrôle supplémentaire devrait encourager les hôpitaux à les respecter afin de protéger les médecins spécialistes en formation.

Une amélioration de la protection sociale des médecins spécialistes en formation via l'augmentation du montant du statut social est apparue, après consultation des partenaires concernés, comme étant le choix le plus approprié. En ce sens, l'avantage social pour ce groupe a été augmenté par rapport au montant standard pour les médecins. Un budget de 5 millions d'euros a été réservé en vue d'une nouvelle augmentation supplémentaire pour l'année de cotisation 2023 lorsque cette prestation s'élèvera à 7 450,665 euros. Un projet d'arrêté royal à cet effet a reçu un avis positif du Comité de l'assurance de l'INAMI en date du 6 février dernier et poursuit actuellement le processus législatif.

kunnen artsen-specialisten in opleiding hun gewerkte uren zelf registreren. Het tijdsregistratiesysteem zal tegen 2023-2024 volledig uitgerold zijn. Ook de stageovereenkomsten van alle ziekenhuizen worden aan de bepalingen in de collectieve overeenkomst getoetst om ziekenhuizen ertoe aan te zetten ze na te leven.

De meest aangewezen keuze is het verbeteren van de sociale bescherming van specialisten door een verhoging van het bedrag van het sociaal statuut. Er werd vijf miljoen euro uitgetrokken voor een verhoging in 2023; die vergoeding zal dan 7.450,65 euro bedragen.

Het Verzekeringscomité van het RIZIV heeft een positief advies uitgebracht.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wat mij vooral verontrust in dit rapport, is dat men zegt dat die opleiding niet structureel opgevolgd wordt. De kwaliteit van de opleiding wordt niet opgevolgd. Er zijn dus ook geen verbeteringstrajecten. Het KCE heeft er al in 2018 op gewezen dat er problemen zijn.

Het feit dat wij achterlopen op andere landen wil toch zeggen dat wij snel ernstige stappen vooruit moeten zetten.

Er zijn ook nog andere bevragingen geweest bij de artsen in opleiding. Ik weet dat u op de hoogte bent van concrete, bestaande mistoestanden. Ik meen dat het nu uw taak is daar heel snel en heel concreet op in te grijpen, en zeker niets te laten voortbestaan dat niet wenselijk is.

Het grote probleem is dat er een scheve verhouding is tussen de examinator en de werkgever aan de ene kant en de student-werknemer aan de andere kant. Het is dan heel moeilijk om een opt-out niet te tekenen. Er wordt vaak veel druk op de studenten gelegd.

Ook is het een feit dat de ASO's en de stagemeesters op een heel andere manier antwoorden op die enquête. Zij zien de dingen vaak heel anders. De stagemeesters zeggen bijvoorbeeld: hier zijn meldpunten waar studenten terechtkunnen, maar de artsen in opleiding weten dat vaak niet.

Ik meen dat dit aantoont dat er nog een grote kloof is tussen wat artsen in opleiding ervaren en wat hun stagemeesters ervaren. Dat onafhankelijke meldpunt is volgens mij echt wel heel cruciaal. Ik meen dat er komaf moet worden gemaakt met het feit dat er zoveel verschillende instanties zijn waar een arts zou terechtkunnen. Het moet heel helder en duidelijk zijn. Het moet goed geregistreerd zijn.

Ik heb gehoord dat er nog geen sociale inspecties zijn geweest en dat er maar weinig duidelijkheid is over het respecteren van de arbeidsduur. Ik hoop dat u daarover in overleg zult gaan met uw collega, minister Dermagne, om actie op het terrein te ondernemen.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ce qui me préoccupe surtout dans le rapport, c'est que la formation ne fait l'objet d'aucun suivi structurel. Aucun trajet d'amélioration n'est prévu. D'autres enquêtes montrent que des abus sont commis. Il appartient au ministre d'intervenir rapidement et concrètement.

Il est très difficile pour les médecins en formation de refuser une extension de leur horaire. Ils sont soumis à une forte pression. Par ailleurs, les maîtres de stage affirment que des points de contact existent, mais que les assistants n'en ont pas connaissance. Il y a un fossé entre le ressenti des maîtres de stage et le vécu des médecins en formation. Dès lors, la création d'un point de contact indépendant apparaît cruciale.

Tot slot, ook een patiënt heeft recht op een arts die fit is, een arts die alert is. Ik meen dat daarover gewaakt moet worden. Het maakt ook deel uit van de patiëntenrechten dat alles goed loopt.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de l'électro-hypersensibilité en Belgique" (55035704C)
10 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van elektrohypersensitiviteit in België" (55035704C)

10.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): Madame la présidente, vous avez été un petit peu trop vite pour moi. Je renvoie à ma question écrite pour ne pas vous faire perdre du temps.

Monsieur le ministre, il semblerait qu'un nombre croissant de personnes se plaignent aujourd'hui d'être électro-hypersensibles.

Une sensibilité attribuée notamment à l'usage ou à la proximité d'appareils ou d'équipements émettant des champs électriques.

Pour les personnes concernées, le quotidien est souvent pénible. On parle notamment de maux de tête, de tachycardie, de problèmes de sommeil, de concentration, de troubles digestifs, d'acouphènes et j'en passe.

Pour beaucoup, la question du logement pose souvent problème tout autant à cause des difficultés financières qui accompagnent la perte d'un emploi qu'en raison de la multiplication des champs électriques qui occupent de plus en plus notre espace de vie.

D'où l'importance selon moi des zones blanches.

Des zones blanches que j'ai d'ailleurs eu l'opportunité d'établir l'année dernière dans ma commune à Tintigny.

J'étais et je suis toujours effectivement convaincu que nous devons accorder une attention particulière à ces personnes qui ne sont pas conformes au modèle habituel.

Tout le monde est aujourd'hui sur sa tablette, son GSM, mais d'autres souffrent, et nous, en tant que mandataires, il nous revient de trouver des solutions à ces problèmes.

Alors Monsieur le Ministre, compte tenu de tous ces éléments, voici mes questions:

• Existe-t-il aujourd'hui une reconnaissance scientifique et objective de l'électrohypersensibilité?

• Quel est l'état de la situation en Belgique?

• Avez-vous connaissance du nombre de personnes atteintes par cette sensibilité dans notre pays?

• Une reconnaissance (voire un soutien) est-elle aujourd'hui possible en Belgique? Si oui, quelle est-elle? Si non, quels sont les principaux obstacles?

10.01 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Steeds meer mensen klagen over overgevoeligheid voor elektromagnetische velden of elektrohypersensitiviteit die toegeschreven wordt aan de nabijheid van apparaten die elektromagnetische velden uitzenden. Vele symptomen bemoeilijken het dagelijkse leven van de betrokkenen. Vaak zorgt de woning voor problemen door financiele moeilijkheden en de aanwezige elektromagnetische velden. Zones die vrij zijn van elektromagnetische stralingsblootstelling (zogenaamde witte zones) zijn dan ook belangrijk. Als volksvertegenwoordigers moeten we naar oplossingen zoeken.*

Is elektrohypersensitiviteit tegenwoordig wetenschappelijk erkend?

Wat is de stand van zaken in België?

Hoeveel personen lijden eraan?

Is een erkenning in ons land mogelijk? Zo ja, wat houdt die in? Zo niet, wat zijn de voornaamste belemmeringen?

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Piedboeuf, votre première question concerne la reconnaissance scientifique et objective de l'électrohypersensibilité. Jusqu'à présent, l'existence d'un phénomène d'hypersensibilité électromagnétique n'a pas été scientifiquement prouvée. Au cours des trente dernières années, un nombre important d'études ont examiné le lien de causalité entre les expositions aux champs électromagnétiques et les symptômes de l'hypersensibilité électromagnétique. La majorité d'entre elles n'en ont pas établi. C'est pourquoi l'hypersensibilité électromagnétique ne figure pas dans la liste des maladies de l'Organisation mondiale de la santé et de l'International Classification of Diseases and Related Health Problems, qui est utilisée à l'échelle internationale.

Dans la littérature spécialisée sur l'hypersensibilité électromagnétique, il est suggéré que plusieurs sous-groupes de personnes affectées pourraient exister: celles qui réagissent à l'exposition aux champs électromagnétiques de certains appareils émettant des champs électromagnétiques et qui ont des problèmes de santé induits par eux, celles qui croient en la nocivité des appareils émettant des champs électromagnétiques et dont la croyance est à l'origine de leurs symptômes et, enfin, celles qui endurent des problèmes de santé et dont les médecins ne parviennent pas à identifier l'origine – problèmes qu'elles attribuent à l'exposition aux champs électromagnétiques.

La difficulté réside dans le fait que les études visant à examiner ces hypothèses ne peuvent s'appuyer que sur l'autodiagnostic des sujets. De nombreux autodiagnostics, voire la majorité d'entre eux, peuvent être faux. Il n'existe pas de paramètres objectifs, tels que divers biomarqueurs dans les échantillons de sang, qui permettraient de distinguer ces sous-groupes et de repérer ceux qui ont des problèmes de santé induits par les champs électromagnétiques. Cela conduit à la contamination du groupe expérimental et à la dilution des effets observés – s'il y en a – de l'hypersensibilité électromagnétique.

En ce qui concerne la situation en Belgique, je ne dispose pas de données. Il ne me semble pas particulièrement utile, en l'absence de critères objectifs, de recenser les personnes qui, sur la base de l'autodiagnostic, attribuent leurs problèmes de santé à l'exposition aux ondes électromagnétiques.

Enfin, un soutien est-il nécessaire? Comme déjà évoqué, il n'existe pas de paramètres objectifs susceptibles de mettre l'hypersensibilité électromagnétique en évidence. Dans ces circonstances, la reconnaissance peut uniquement reposer sur l'autodiagnostic par les personnes affectées – ce qui ne me semble pas efficace. J'espère que les recherches futures apporteront suffisamment de lumière sur ces questions et que des marqueurs biochimiques et biophysiques appropriés seront développés pour que nous puissions aider les personnes dont les problèmes de santé sont effectivement induits par les champs électromagnétiques, pour autant qu'elles existent.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er is nog geen wetenschappelijk bewijs voor elektrohypersensitiviteit. De afgelopen dertig jaar kon men in tal van studies geen oorzakelijk verband aantonen tussen elektromagnetische velden en elektromagnetische overgevoeligheid. Elektromagnetische overgevoeligheid komt dan ook niet voor in de lijst van ziekten van de WHO en de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Volgens de vakliteratuur bestaan er mogelijk verschillende subgroepen van getroffen personen: degenen die reageren op de blootstelling aan elektromagnetische velden van bepaalde apparaten en daardoor gezondheidsproblemen ondervinden, degenen die geloven in de schadelijkheid van bepaalde apparaten en als gevolg daarvan symptomen vertonen en degenen die gezondheidsproblemen ondervinden waarvoor er geen oorzaak gevonden wordt en die ze dan aan elektromagnetische velden toeschrijven.

Studies waarin die hypothesen onderzocht worden zijn gestoeld op zelfdiagnose door de proefpersonen, en die kan fout zijn. Er bestaan geen objectieve parameters, zodat er niet achterhaald kan worden bij wie van de proefpersonen de gezondheidsproblemen effectief te wijten zouden zijn aan de blootstelling aan elektromagnetische velden. De experimentele groep wordt dus besmet door degenen met een foute diagnose en de waargenomen effecten worden minder bruikbaar.

Ik beschik niet over gegevens voor België. Bij gebrek aan objectieve criteria lijkt het me niet nuttig cijfers te verzamelen. De erkenning wordt in deze omstandigheden op zelfdiagnose gebaseerd, wat me niet doeltreffend lijkt. Ik hoop dat toekomstig onderzoek licht op de kwestie zal kunnen werpen.

10.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie beaucoup.

J'avais le même scepticisme que vous voici encore quelques années. Toutefois, depuis lors, j'ai rencontré des gens qui sont soumis à ce phénomène. Je constate même des évolutions physiques dans certains environnements: des rougeurs, notamment. Des gens me disent qu'ils ont sur eux ou à proximité un appareil qui est allumé. Par conséquent, mon scepticisme a désormais cédé la place à un constat. Je remarque, en Suisse et en France, des évolutions positives sur le plan des protections.

Pour le moment, nous ne savons pas – mais n'a-t-on pas dit pendant des années que la maladie de Lyme n'existait pas et qu'il s'agissait de manifestations psychosomatiques? Il faudra un jour se rendre à l'évidence. Je ne milite évidemment pas pour une réduction des couvertures d'ondes, puisque j'en développe moi-même dans ma commune. En tout cas, nous devons rester attentifs, malgré tout, au fait que tout le monde n'a pas la même distance par rapport à ce phénomène. Il va donc falloir que la science évolue.

Par ailleurs, je connais des gens qui ont reçu des certificats médicaux à ce sujet. Je vous remercie de votre réponse.

10.03 **Benoît Piedboeuf** (MR): Ik stond hier ook sceptisch tegenover, maar ik heb mensen ontmoet die onder dit verschijnsel lijden. Ik stel vast dat er in Zwitserland en Frankrijk positieve ontwikkelingen zijn op het vlak van bescherming.

Voorlopig weten we het niet, maar ooit zullen we de feiten toch onder ogen moeten zien, en ooit zal de wetenschap antwoorden bieden.

Ik ken mensen die een medisch attest voor elektrohypersensitiviteit gekregen hebben.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

11 Actualiteitsdebat over Antabuse en toegevoegde vragen van
- Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verdeling van Antabuse in België door Sanofi" (55035835C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorradig zijn van Antabuse" (55035891C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verkoop van Antabuse" (55035921C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de verkoop van Antabuse door Sanofi in België" (55035930C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tekorten aan Antabuse" (55036036C)
11 Débat d'actualité sur l'Antabuse et questions jointes de
- Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La suspension par Sanofi de la distribution de l'Antabuse en Belgique" (55035835C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disponibilité de l'Antabuse" (55035891C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la vente de l'Antabuse" (55035921C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la commercialisation de l'Antabuse par Sanofi en Belgique" (55035930C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'Antabuse" (55036036C)

11.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, u kent Antabuse uiteraard. Het is een geneesmiddel dat wordt gebruikt om alcoholverslaafden te beletten te drinken. Zij worden ziek bij het nuttigen van alcohol in combinatie met dit geneesmiddel.

De geneesmiddelenproducent Sanofi, met een grote aanwezigheid in België, heeft beslist dit middel niet langer te verdelen in België en Luxemburg. Verschillende experten in het veld, waaronder professor Frieda Matthys, zijn absoluut niet te spreken over deze beslissing, om-

11.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Le producteur de médicaments Sanofi a décidé de ne plus commercialiser le médicament Antabuse en Belgique et au Luxembourg. Pour certaines personnes dépendantes de l'alcool, l'Antabuse fait la différence pour éviter les rechutes. Comme ce médicament n'est pas remboursé, nous ignorons le nombre

dat dit medicijn voor sommige mensen werkelijk het verschil maakt tussen functioneren en hervallen.

Hoeveel mensen precies het geneesmiddel nemen, is onduidelijk. Omdat het niet wordt terugbetaald, zijn er geen gegevens van het RIZIV, en de producent geeft geen verkoopcijfers vrij.

Volgens het bedrijf zelf zouden de stockbreuken de specifieke reden zijn waarom Sanofi stopt met de verdeling van Antabuse. Sanofi produceert de werkzame stof van Antabuse, disulfiram, niet zelf. Het is afhankelijk van een leverancier. De langdurige moeilijkheden met de beschikbaarheid verhinderen een stabiele bevoorrading van Antabuse, zo meldt Sanofi in een brief aan de artsen.

Het FAGG meldt dat wij een farmaproducent niet kunnen verplichten een geneesmiddel op de markt te houden.

Mijnheer de minister, ik wil graag uw reactie op deze voor sommigen behoorlijke ramp.

Er wordt gesuggereerd dat Sanofi dit middel liever duurder wil verkopen. Kan dat volgens u een reden zijn waarom Sanofi doet wat het doet?

Zijn er alternatieven voor de gebruikers van Antabuse?

de personnes qui l'utilisent. Sanofi avance un problème de disponibilité de la substance active disulfirame. Certains laissent également entendre que Sanofi souhaiterait vendre le médicament plus cher. Cela pourrait-il être la raison?

Quelle est la réaction du ministre?

11.02 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, comme ma collègue Jiroflée l'a expliqué, l'Antabuse est un médicament utilisé comme traitement du maintien de l'abstinence pour les personnes souffrant d'un alcoolisme bien ancré. Il agit comme un moyen de pression. Il ne constitue généralement pas une solution à long terme, mais peut se révéler très efficace pour les patients qui ont choisi ce traitement et qui souhaitent une assistance lors des moments de faiblesse. De nombreuses personnes l'utilisent avec succès pendant la phase initiale de la désintoxication mentale. La question de sa disponibilité est donc très problématique.

Ce n'est pas le seul médicament utilisé dans le traitement de l'alcoolisme mais, pour ce type de traitement, il n'existe pas énormément d'alternatives: le Nalorex et le Campral sont aussi censés diminuer l'envie de boire. Ils sont vendus en Belgique, mais ne sont pas remboursés par l'INAMI.

Monsieur le ministre, quelles sont les prévisions de disponibilité en Europe? Pour quelle raison sa disponibilité a-t-elle été suspendue? Prévoyez-vous un remboursement pour les molécules qui sont reconnues par le KCE comme l'acamprosate, la naltrexone et le nalméfène, qui peuvent réduire significativement la consommation d'alcool?

11.02 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Met Antabuse blijven alcoholici van de drank. Het middel biedt geen langetermijnoplossing, maar is efficiënt voor therapietrouwe patiënten. Velen gebruiken het middel met succes aan het begin van de mentale ontwenning. Dat Antabuse niet meer voorhanden is, is problematisch, temeer daar er weinig alternatieven zijn. Nalorex en Campral zijn verkrijgbaar in België, maar worden niet terugbetaald.

Wanneer zal Antabuse weer verkrijgbaar zijn in Europa? Waarom is het middel thans niet voorradig?

Zult u de door het KCE erkende moleculen zoals acamprosaat, naltrexon en nalmefeen, die alcoholgebruik terugdringen, terugbetalen?

11.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Mensen die willen afkicken van een alcoholverslaving slikken vaak Antabuse. Door het innemen van dit geneesmiddel worden ze misselijk bij de minste inname van alcohol. Een stevig hulpmiddel dus in de strijd tegen hun verslaving.

11.03 **Dominiek Sneppe** (VB): *La décision du producteur pharmaceutique Sanofi de mettre fin à la vente de l'Antabuse dans notre pays est une véritable catastrophe pour de nombreux alcoolodépendants. Il serait question de rupture de stock et de problèmes de production. Sanofi affirme également*

Nu besliste farmaproducent Sanofi om de verkoop van het geneesmiddel in België stop te zetten. Een ware ramp voor veel patiënten die met alle moeite van de wereld hopen om van hun verslaving af te geraken.

De reden waarom Sanofi de verkoop in België stopzet is niet zo duidelijk. Het blijkt te gaan om het zoveelste verhaal van stockbreuken en productieproblemen met geneesmiddelen. Sanofi van haar kant merkt op dat in het geneesmiddel een te hoge concentratie Nitrosamine bevat, waardoor het geneesmiddel kankerverwekkend zou zijn.

Hoe zal u dit probleem aanpakken? In welke landen stopt Sanofi de verkoop nog? Hoe lossen de andere landen dit probleem op? Ons medicijnenkastje lijkt steeds leger te worden door stockbreuken en gebrek aan grondstoffen. Moeten we ons geen zorgen beginnen maken?

que le produit contient une concentration trop élevée de nitrosamine, une substance cancérigène.

Comment le ministre va-t-il s'attaquer à ce problème? Dans quels pays l'Antabuse est-il encore vendu? Quelle solution appliquent-ils?

11.04 **Laurence Zanchetta** (PS): Madame la présidente, j'en viens directement à mes questions. Monsieur le ministre, quelles sont les alternatives actuellement disponibles à l'Antabuse? Quelle est la disponibilité actuelle de la matière première auprès des pharmaciens? Comment l'assurer sur le court terme? La disponibilité de cette matière première à l'étranger est-elle assurée auprès des pharmacies belges? Enfin, avez-vous entrepris des discussions auprès de Sanofi? Si oui, pouvez-vous nous en partager les conclusions?

11.04 **Laurence Zanchetta** (PS): Welke alternatieven voor Antabuse zijn er beschikbaar? Wordt de beschikbaarheid van die grondstof in de Belgische apotheken gewaarborgd? Bent u het gesprek met Sanofi aangegaan?

11.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, zoals de collega's al hebben gezegd, betekent de stopzetting van de verkoop van Antabuse in België door de fabrikant Sanofi een mokerslag voor exalcoholverslaafden. Volgens psychiater Frieda Matthys gaat het om een essentieel geneesmiddel voor de gebruikers. De hoofdreden voor de stopzetting zou zijn dat er kankerverwekkende stoffen in de productie geraakt zouden zijn. In een artikel in *Het Nieuwsblad* lezen we dat Sanofi alle perikelen met de grondstoffen in Antabuse beu zou zijn.

Ik wil een getuigenis meegeven van een man die sinds negen jaar droog staat en die elke dag 200 mg Antabuse neemt. Dat is voor hem al negen jaar een reddingsmiddel. Voorlopig kon de apotheker nog pillen bestellen in Italië en Nederland, maar dat zorgt voor heel wat meerkosten. De man betaalde 6 euro voor 50 pillen en nu betaalt hij 68 euro. In Nederland kosten ze 83 euro. Er zijn niet echt alternatieven. Er worden andere moleculen genoemd, maar die werken niet op dezelfde manier.

Het is niet de eerste keer dat er problemen zijn met Antabuse. Vroeger waren er ook al stockbreuken. Weet u of er toen sancties werden opgelegd? Hoeveel patiënten nemen jaarlijks Antabuse? Is invoer uit het buitenland mogelijk of wordt het ook daar van de markt gehaald? Voor sommigen lijkt dat voorlopig nog een oplossing te zijn. Hebt u de patienten die het slachtoffer zijn van die stopzetting geïnformeerd of contact met hen opgenomen? Hebt u de artsen informatie gegeven over de stopzetting van de commercialisering? Hebt u zelf contact gehad met Sanofi om te bekijken of het medicijn toch nog op de markt kan blijven?

Er gaan ook stemmen op die stellen dat het hier wetenschappelijk gezien om een kritieke onbeschikbaarheid gaat. Waarom is er op de website van het FAGG geen extra specifieke informatie te vinden?

11.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): L'arrêt de commercialisation de l'Antabuse est un coup de massue pour de nombreuses personnes dépendantes de l'alcool. Des alternatives existent certes sur le marché, mais elles ne produisent pas les mêmes effets. Des ruptures de stock d'Antabuse ont également eu lieu dans le passé.

Des sanctions ont-elles été prises à l'époque? Combien de patients utilisent-ils l'Antabuse? Les ventes ont-elles également été interrompues dans d'autres pays ou les importations restent-elles possibles? Les patients ont-ils été informés de l'arrêt des ventes? Le ministre va-t-il prendre contact avec Sanofi pour examiner les possibilités de laisser malgré tout le produit sur le marché? D'aucuns affirment qu'il s'agit d'une indisponibilité critique sur le plan scientifique. Pourquoi aucune information spécifique à ce sujet n'est-elle disponible sur le site web de l'AFMPS?

De **voorzitster**: Collega's, er is wat commotie in de zaal. Alvorens de minister zijn antwoord geeft, wil ik graag even verduidelijken dat we

La **présidente**: Nous avons quelque peu retardé ce débat parce qu'une commission mixte

zoveel mogelijk vragen hebben uitgesteld en gewacht op de parlementsleden die aan de commissie voor Justitie deelnamen.

Mevrouw Fonck, u hebt drie samengevoegde vragen, waarvan er nog twee kunnen worden gesteld. Voor één vraag heb ik de minister expliciet gevraagd om een ruim antwoord te geven, zodat u een antwoord kunt terugvinden in het verslag. We hebben ons best gedaan om zo eerlijk mogelijk te functioneren, maar we moeten er wel voor zorgen dat het werk in deze commissie kan blijven doorgaan.

Justice-Santé était en cours. Je voulais m'assurer que nous puissions poursuivre nos travaux. Il sera possible à Mme Fonck de prendre connaissance des réponses du ministre dans le compte rendu.

11.06 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Madame la présidente, je suis désolée, mais deux commissions de la Santé se sont tenues en même temps! La commission de ce matin, qui s'est terminée il y a trois minutes, n'était pas une commission de la Justice, mais une commission de la Justice et de la Santé. Il avait clairement été dit que, pour toutes les questions jointes, les parlementaires occupés seraient attendus.

Il n'est pas possible d'avoir deux commissions de la Santé! Ou alors il y a un non-respect du Règlement. Nous ne pouvons pas tenir deux commissions de la Santé en même temps. Cela ne figure nulle part dans le Règlement. Donnez-moi l'article du Règlement qui prévoit que deux commissions de la Santé puissent se tenir en même temps dans deux salles différentes! Ce n'est pas possible mais c'est ce qui a été fait.

On l'a fait, vous l'avez fait sous réserve que les parlementaires prévus pour des questions jointes soient attendus. Il fallait respecter alors que la commission de la Santé précédente se termine pour commencer sur ce volet. Pas de problème pour ceux ayant des questions isolées et qui étaient présents ici, qui n'étaient pas en commission de la Santé.

Cela ne va pas! Cela ne va vraiment pas, je trouve. Ce n'est vraiment pas correct. Vous nous dites: "Ce n'est pas grave, le ministre a répondu, vous n'aurez qu'à lire les réponses. N'est-il pas intéressant de répliquer? Les propositions ne sont-elles pas intéressantes? Alors, arrêtons de poser des questions orales! Transférons des papiers écrits, et qu'on nous renvoie des papiers écrits! Cela sera alors terminé.

Je trouve vraiment que ce n'est pas correct. Ce n'est pas ce qui avait été dit. Ce n'est pas ce qui avait été convenu. Rien n'a été respecté.

11.06 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Overeenkomstig het Kamerreglement mogen er geen twee vergaderingen van de commissie Gezondheid tegelijkertijd plaatsvinden! U hebt dat toch laten gebeuren, maar op voorwaarde dat de vorige commissievergadering vóór aanvang van deze vergadering afgelopen zou zijn. Ik neem er geen genoegen mee dat ik de antwoorden van de minister kan nalezen. De gemaakte afspraken werden niet nageleefd.

De **voorzitster**: Mevrouw Fonck, ik ben het eens met uw argument dat twee commissievergaderingen beter niet simultaan kunnen plaatsvinden, maar u moet er wel begrip voor hebben dat de hoofdindiener van een vraag zijn vraag altijd mag stellen. Als vraagstellers aanwezig zijn en beslissen om hun vraag te stellen, dan moet ik die als voorzitster aan de orde brengen. Ik denk dat die regel ook wel duidelijk is.

Ik ben aandachtig geweest en heb geprobeerd een zo goed mogelijke oplossing te zoeken door de minister te verzoeken zo ruim mogelijk te antwoorden. Ik stel voor om te proberen onze commissievergadering constructief voort te zetten.

Misschien kunt u in de Conferentie van voorzitters aankaarten dat er niet simultaan commissievergaderingen worden georganiseerd. U moet ook begrijpen dat het Parlement voort moet kunnen werken, als er vragen zijn geagendeerd.

Ik stel voor om nu de minister weer aan het woord te laten voor zijn antwoord.

La **présidente**: Je peux suivre le raisonnement de Mme Fonck quant au problème de l'organisation simultanée de deux commissions de la Santé, mais chaque auteur principal peut toujours poser sa question dès lors qu'elle est inscrite à l'ordre du jour. Si l'auteur d'une question est présent et qu'il veut poser sa question, je suis tenue en ma qualité de présidente de l'inscrire à l'ordre du jour. La commission doit pouvoir poursuivre son travail. Il serait peut-être intéressant de soulever au sein de la Conférence des présidents le problème que pose l'organisation de commissions au même moment.

11.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: De getuigenissen in de pers hebben ook mij sterk getroffen. Los van het drama voor alle personen die het middel gebruiken en willen blijven gebruiken om een probleem van alcoholgebruik aan te pakken, wil ik hier een feitelijk antwoord bieden op de vragen. Sanofi heeft inderdaad vorige maand aan het FAGG gemeld dat het geneesmiddel Antabuse van de markt zou worden gehaald. De firma geeft aan de commercialisatie definitief stop te zetten wegens de aanwezigheid van een nitrosamineonzuiverheid, in combinatie met de aanhoudende problemen van beschikbaarheid van de grondstof disulfiram. De firma geeft geen commerciële redenen aan.

Door een aanwezigheid van een te hoge concentratie van nitrosamine, dat kan ontstaan bij de productie van geneesmiddelen, is Antabuse vorig jaar al teruggeroepen op verzoek van het FAGG. Sinds 19 september 2022 was het geneesmiddel reeds als onbeschikbaar aangemeld door Sanofi.

Een aantal patiënten kan worden geholpen met alternatieven, zoals acamprosaat met als merknaam Campral, of namelfeen met als merknaam Selincro, of altrexone met als merknaam Naltrexone Accord. Aangezien die geneesmiddelen niet dezelfde werkingsmechanismen hebben, helpen ze niet voor alle patiënten met een alcoholverslaving. Om die reden is Antabuse, op basis van disulfiram, een essentieel geneesmiddel.

Voor mensen die enkel worden geholpen door Antabuse, bestaat in principe de mogelijkheid om een beroep te doen op magistrale bereidingen. Daarbij moet echter ook rekening worden gehouden met de schaarste van de grondstoffen in ons land. Een andere mogelijkheid bestaat erin met een artsenverklaring eenzelfde geneesmiddel door een apotheker te laten invoeren uit een van de buurlanden, bijvoorbeeld Nederland.

Zoals gebruikelijk wanneer de commercialisatie van essentiële geneesmiddelen wordt stopgezet, heeft het FAGG aan Sanofi de bevestiging gevraagd of de beslissing definitief is. Er wordt tegelijkertijd een nieuwe marktspeler gezocht.

Voor de mogelijke oorzaken is onder meer verwezen naar prijskwesties. Ik wil evenwel de aandacht vestigen op het feit dat prijsverhogingen per definitie initiatieven zijn van de firma. Wanneer een firma beslist een product van de markt te halen, is het niet alleen onmogelijk voor de minister van Volksgezondheid om te proberen dat ongedaan te maken via prijsverhogingen, een dergelijk initiatief zal strategisch ook bijzonder contraproductief blijken te zijn.

Ik hoorde bij een van de vraagstellers de suggestie om sancties op te leggen aan firma's die geneesmiddelen van de markt halen. Krachtens de Europese geneesmiddelenwetgeving heeft een firma die een geneesmiddel op de markt heeft gebracht, wel een leveringsplicht, zodat het nodige wordt gedaan opdat het geneesmiddel ook effectief beschikbaar is. Een firma kan echter niet worden verplicht een geneesmiddel te commercialiseren. A fortiori zijn er voor die laatste kwestie geen sancties uitgewerkt.

Over de situatie in de andere lidstaten kan ik meegeven dat het FAGG de andere lidstaten heeft gecontacteerd via het Europese EMA-SPOC-netwerk om de beschikbaarheid in de andere landen in kaart te brengen. Ik heb het FAGG verzocht mij op korte termijn op de hoogte te

11.07 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les témoignages parus dans la presse m'ont fortement interpellé. Le mois dernier, la société Sanofi a informé l'AFMPS qu'elle allait retirer le produit Antabuse du marché. Il sera définitivement mis fin à sa commercialisation en raison de la présence d'une impureté de type nitrosamine combinée à des problèmes de disponibilité de la matière première qu'est le disulfirame. Aucune raison commerciale n'est invoquée.

L'Antabuse a déjà fait l'objet d'un rappel l'année dernière à la demande de l'AFMPS en raison de la concentration trop élevée de nitrosamines lors de la production. Depuis le 19 septembre 2022, ce médicament est enregistré comme indisponible par Sanofi. Il existe certes des médicaments alternatifs, mais ils ne fonctionnent pas pour tout le monde. C'est pourquoi l'Antabuse est un médicament essentiel.

L'Antabuse peut être remplacé par des préparations magistrales, mais les matières premières nécessaires sont également en pénurie. Les pharmaciens peuvent aussi faire importer le médicament depuis un pays voisin sur la base de la déclaration d'un médecin. L'AFMPS a demandé à Sanofi si la décision d'arrêter la commercialisation était définitive. Dans le même temps, un nouvel acteur du marché est recherché.

Le prix a été cité comme une cause possible du retrait, mais les augmentations de prix profitent par définition à l'entreprise. Un des intervenants a suggéré que l'on puisse sanctionner les entreprises qui retirent un médicament du marché. Il est toutefois impossible de forcer une firme à commercialiser un médicament et aucune sanction n'est prévue à cet égard.

L'AFMPS a contacté d'autres États membres en passant par le réseau de l'EMA afin d'étudier la disponibi-

brengen van het resultaat van de bevraging. Ik weet intussen alvast dat ook in Luxemburg de commercialisatie is stopgezet.

Officiële verbruiksgegevens over Antabuse kunnen wij niet bij het RIZIV vinden, aangezien het geneesmiddel niet vergoedbaar is door de verplichte ziekteverzekering. Volgens Herndrik Peuskens, die op de VRT-website geciteerd wordt, hebben wel meerdere tienduizenden patiënten het middel nodig in de loop van hun traject.

Meer in het algemeen met betrekking tot het beleid ten opzichte van alcoholverslaving, konden we intussen eindelijk interfederaal tot een consensus komen over een alcoholplan met 75 maatregelen die overmatig en schadelijk alcoholgebruik tegengaan. Het gaat onder meer over maatregelen in het domein van de geestelijke gezondheidszorg en het feit dat mobiele teams zich voortaan ook richten op mensen met alcoholproblemen, of nog over het feit dat zorgverleners worden opgeleid om alcoholproblemen sneller te herkennen en gepast te reageren of door te verwijzen. Ik investeer trouwens ook reeds enkele jaren in de projecten met betrekking tot een zorgpad alcohol in de algemene ziekenhuizen. Ik wil dat verder uitbreiden, zodat nog meer ziekenhuizen daarvoor extra financiële ondersteuning krijgen.

Het is de eerste keer sinds de reorganisatie van ons land dat alle betrokken ministers een gemeenschappelijke aanpak afspreken om het schadelijke gebruik van alcohol in België terug te dringen. Dat was erg noodzakelijk vanwege de maatschappelijke impact van alcohol en de impact op de gezondheid van de verslaafde zelf en de omgeving.

lité du médicament. Celui-ci a également déjà été retiré du marché au Luxembourg.

L'INAMI ne possède pas de données officielles sur la consommation d'Antabuse, un médicament qui n'est d'ailleurs pas remboursable. Des dizaines de milliers de patients en auraient cependant besoin durant leur parcours.

À l'échelon interfédéral, un accord sur une approche commune a été conclu pour la première fois afin de réduire la consommation nocive d'alcool dans notre pays. Il contient 75 mesures, notamment en matière de soins de santé mentale et de formation des prestataires de soins pour détecter plus rapidement les problèmes liés à la consommation d'alcool. J'investis également depuis quelques années déjà dans le trajet de soins alcool dans les hôpitaux généraux, que je souhaite élargir.

11.08 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik begrijp dat er voorlopig niet echt een oplossing is. U hoeft er mij niet van te overtuigen dat u daar alle mogelijke moeite voor doet, maar het blijft natuurlijk een probleem. Ik hoop dat hier nog een vervolg op komt.

11.09 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'entends que vous cherchez d'autres producteurs sur le marché.

Vous n'avez pas répondu de manière spécifique à propos du remboursement d'autres molécules qui était préconisé dans un rapport du KCE datant de 2014 – il y a presque dix ans. Il s'agit de montants qui peuvent être importants pour les personnes qui suivent un traitement. Le KCE indiquait clairement qu'un remboursement de ces molécules pouvait être une aide complémentaire pour ces personnes qui ont vraiment choisi d'être abstinentes.

11.09 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): U hebt geen antwoord gegeven met betrekking tot de terugbetaling van andere moleculen. Het KCE heeft daar in een verslag van 2014 voor gepleit. De personen die ervoor gekozen hebben niet meer te drinken, kunnen een hoge rekening gepresenteerd krijgen.

11.10 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het geneesmiddel is gekend voor die problematiek en is ook al heel lang beschikbaar, waardoor het tegen een lage prijs op de markt komt. Wellicht komt het door de weinig winstgevende productie dat Sanofi tot een dergelijke actie overgaat. Dat zijn niet mijn woorden, wel woorden van professor Frieda Matthys. Sanofi zegt dat er niet genoeg grondstoffen zijn of dat de grondstoffen niet toegankelijk genoeg zijn, maar daarnaast zegt Sanofi ook dat het middel van de markt moet worden gehaald, omdat het gehalte van de schadelijke stof nitrosamine te hoog is. Professor Matthys zegt daarover dat het probleem al langer gekend is en dat dit ook geldt voor andere geneesmiddelen. Het is tevens nooit de bedoeling om Antabuse langdurig te gebruiken, zo heb ik gelezen,

11.10 **Dominiek Sneppe** (VB): Sanofi avance la pénurie de matières premières ainsi que la présence de nitrosamine, une substance nocive, pour justifier l'arrêt de la production. Toutefois, fin 2018, il était déjà question d'une pénurie de matières premières et la substance nocive en question est aussi présente dans d'autres médicaments. En outre, l'Antabuse n'est pas un médicament à usage prolongé. Tout ceci porte à croire que la faible rentabilité de sa production

waardoor die schadelijke neveneffecten mogelijk niet de echte reden zijn.

Door te googelen, kan men heel wat vinden. Zo heb ik achterhaald dat er eind 2018 ook al een tekort was. De schaarste aan grondstoffen wordt vaak aan de coronacrisis geweten, maar 2018 was ruim voor de coronapandemie en toch was er toen ook een probleem met de grondstoffen van Antabuse. Dat brengt mij tot de conclusie dat mijn eerste bedenking misschien wel aan de basis ligt van de beslissing van Sanofi om het middel van de markt te halen, namelijk dat het voor Sanofi commercieel niet echt meer aantrekkelijk is. Daarmee past de farma-industrie wel een perverse tactiek toe, zo mogen we toch wel zeggen. Ik vind dat u daarin als overheid, als minister van Volksgezondheid, wel wat daadkrachtiger mag optreden.

constitue la véritable raison de l'arrêt de commercialisation. Le ministre de la Santé publique devrait intervenir plus fermement contre de telles pratiques.

11.11 **Laurence Zanchetta** (PS): Madame la présidente, les conséquences directes et indirectes de l'alcoolisme représentent un risque majeur tant au niveau individuel qu'à l'échelle du pays. Ce gouvernement peut se targuer d'avoir déjà adopté un plan interfédéral de stratégie en matière d'usage nocif de l'alcool. Il convient dès lors, dans la continuité de cette lutte, d'outiller au mieux les professionnels de la santé et de résoudre les problèmes pour traiter au mieux cette addiction.

11.11 **Laurence Zanchetta** (PS): De gevolgen van alcoholisme vormen een groot risico. De regering mag er prat op gaan dat ze een interfederaal strategisch plan heeft goedgekeurd. Het komt erop aan de practitioners de best mogelijke tools ter beschikking te stellen om die verslaving te behandelen.

11.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik ben toch wel erg teleurgesteld in uw antwoord, mijnheer de minister. Het gaat hier over tienduizenden patiënten die van de ene op de andere dag voor een groot gezondheidsprobleem komen te staan. U kunt niet zeggen hoeveel het er precies zijn, omdat het niet door het RIZIV wordt terugbetaald, maar dit is wel een voorschriftplichtig medicijn. Waarom schrijven wij dat dan voor? Worden al die voorschriften nergens geregistreerd?

Het was ook niet duidelijk of u contact met Sanofi hebt gehad. Hebt u hen gevraagd wat hierachter zit? Ze zouden redenen hebben aangegeven. Doen zij dat dan via mail? Hebben u of uw administratie geen contact met dat bedrijf om hen te vragen of ze het in alle landen van Europa van de markt zullen halen of niet? Ook daarover bent u vaag. De patiënten voor wie het nu vanuit Nederland wordt ingevoerd, kunnen nu nog een tijdje voort, maar ook op deze vraag hebt u geen antwoord gegeven.

Het gaat ook over een kritiek medicijn. Die mensen kunnen hervallen. Waarom is er geen informatie over de website van het FAGG? Daarop heb ik ook geen antwoord gekregen.

Is het normaal dat de patiënten meer moeten betalen voor dat medicijn, waarvoor ze toch een voorschrift hebben, als het ingevoerd wordt?

U staat er gewoon bij en u kijkt ernaar. Tienduizenden patiënten blijven daarmee in de kou staan. Uw alcoholplan valt op die manier ook toch in het water. Ik had toch een sterker antwoord verwacht, mijnheer de minister.

11.12 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): La réponse du ministre est décevante. Il ignore même de combien de patients il s'agit. Ces prescriptions ne sont-elles enregistrées nulle part? Le ministre n'a pas non plus indiqué clairement si la société Sanofi avait été contactée et quelles questions lui avaient été posées exactement. Je n'ai pas non plus obtenu de réponse à ma question concernant les informations sur le site de l'AFMPS. Il n'est pas normal que les patients doivent payer davantage pour un médicament qui leur a été prescrit. Le plan alcool du ministre tombe ainsi à l'eau.

11.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is voor een aantal patiënten toch wel een groot probleem dat Antabuse niet beschikbaar is. De apothekers importeren dit nu al een aantal jaar. Wij importeren ook de grondstof en maken gelules. De kostprijs is daarom ook veel hoger voor de patiënt.

11.13 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Selon la loi relative aux pénuries de médicaments, les surcoûts que les patients doivent payer pour les médicaments manquants seraient compensés. Quand cette

Mijnheer de minister, mijn wet op de ontbrekende geneesmiddelen werd drie jaar geleden goedgekeurd. Daarin staat de bepaling, die dus ook door de Kamer werd goedgekeurd, dat de meerkosten die patiënten voor ontbrekende geneesmiddelen moeten betalen, zouden worden gecompenseerd. Wanneer zult u daarvan eindelijk werk maken? Er zijn inderdaad meerkosten voor de patiënt. U hebt de mogelijkheid, zeker wanneer het over een kritiek geneesmiddel gaat, tot overbrugging.

Ik wil ook waarschuwen voor de contaminatie in de productie. Dat is ook een probleem waaraan we zeker iets moeten doen.

We komen daarmee opnieuw bij de discussie die we hier al zo vaak hebben gevoerd: de grondstoffen van die goedkopere generische geneesmiddelen, zoals disulfiram, worden op veel te weinig plaatsen gemaakt. Daardoor kan de controle op de productie niet altijd optimaal verlopen. Als wij minder afhankelijk zouden worden van de productie in Azië, dan zou Europa veel sterker staan en dan zouden we zo veel beter voor onze patiënten kunnen zorgen. De regering zou dan ook veel krachtiger met de vuist op tafel kunnen slaan. Ik wil u ertoe aansporen echt werk te maken van die noodzakelijke Europese autonomie.

Tot slot is er bij verslavingstherapie echt nood aan een verslavingsarts. Dat is nog altijd een niet-erkende subspecialisatie. De erkenning daarvan zou een heel goede zaak zijn.

disposition sera-t-elle mise en œuvre?

Je tiens en outre à mettre en garde contre la contamination dans la production de matières premières. L'Europe étant fortement dépendante de la production en Asie, le contrôle ne se déroule pas toujours de manière optimale. Nous devons œuvrer au développement de cette autonomie européenne nécessaire.

Enfin, la reconnaissance de la sous-spécialisation comme médecin addictologue serait également une excellente chose.

11.14 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil mij verontschuldigen bij mevrouw Merckx, want ik heb een stuk van mijn antwoord over het hoofd gezien. Ik denk dat uit mijn antwoord wel duidelijk bleek dat er contact is geweest met Sanofi. Ik zei namelijk dat we aan Sanofi gevraagd hadden of de stopzetting definitief was. In zo'n geval is er altijd contact met het bedrijf. De vraag is ook aan Sanofi gesteld wat het bedrijf in de rest van Europa doet. Daar hebben we geen antwoord op gekregen, wat ik natuurlijk betreur. Om die reden heb ik gezegd dat we via het SPOC-netwerk van het EMA zelf op zoek zijn naar wat er in de rest van Europa gebeurt. Via die weg heb ik voorlopig alleen maar de bevestiging dat ook in Luxemburg de verspreiding is stopgezet. Dat had ik erbij moeten vertellen.

Ik ben het eens met mevrouw Depoorter op twee punten.

Met dat geneesmiddel is er inderdaad een probleem van contaminatie. Het gaat dus niet louter om een commerciële strategie. Er is wel degelijk een probleem met dat geneesmiddel.

Waar ik het ook mee eens ben, en dat had ik misschien ook moeten zeggen, is dat we hier te maken hebben met de zoveelste illustratie van het feit dat we een Europese strategie nodig hebben rond kritieke geneesmiddelen. Ik pleit daar ten stelligste voor, want monopolievorming of een gebrek aan diversificatie in de toevoer maakt ons bijzonder kwetsbaar.

Ik besef dat mijn antwoord nogal zakelijk klinkt, maar ik ben wel degelijk sterk begaan met de zeer vele mensen die daarvan afhankelijk zijn. Anderzijds is er niet onmiddellijk een oplossing.

Wat ten slotte uw wetsontwerp betreft, mevrouw Depoorter, dat is inderdaad een element uit uw wetsontwerp, dat het Parlement heeft goedgekeurd. In de praktijk leidt de uitvoering ervan echter tot heel wat

11.14 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La réponse que j'ai fournie à Mme Merckx était en effet incomplète. Nous avons bel et bien eu un contact avec Sanofi. Quant à la stratégie menée dans le reste de l'Europe, nous avons fait appel au réseau de l'EMA étant donné que nous n'avons pas reçu de réponse à ce sujet de la part de l'entreprise.

Je partage l'analyse de Mme Depoorter lorsqu'elle évoque le problème de contamination lié à ce médicament. Nous avons urgemment besoin d'une stratégie européenne en matière de médicaments critiques.

En pratique, la compensation des surcoûts mène à de nombreuses discussions. J'ai insisté auprès de mon administration pour qu'elle trouve une solution.

discussies. Ik heb er bij mijn administratie sterk op aangedrongen om toch met een oplossing voor de dag te komen. Ondanks alle discussies hoop ik daarvoor binnenkort een oplossing te krijgen.

De **voorzitster**: Mevrouw Merckx, ik geef u even kort het woord.

11.15 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitster, de parlementsleden hebben altijd het laatste woord.

De **voorzitster**: Ik weet het, maar de repliek was al voorbij.

11.16 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitster, u hebt het woord aan de minister gegeven.

Mijnheer de minister, ik dank u voor de extra informatie. U hebt dus contact gehad, maar ik heb daarover toch een aantal vragen. Hoe verloopt dat contact? Is dat een persoonlijk contact?

11.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: (…) het FAGG.

11.18 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, Sanofi heeft niet willen antwoorden. U bent dan via anderen te weten gekomen dat het in Luxemburg ook stopgezet wordt. Wordt er met Sanofi dan gesproken over hoe groot het probleem is voor de volksgezondheid? Hoe zit het precies met die contaminatie? Willen ze proberen om dat probleem op te lossen of niet? Welke alternatieven zijn er? Willen ze niet terugkomen op de commercialisering? Ik blijf nog met veel vragen zitten, maar toch bedankt voor de bijkomende informatie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question et interpellation jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pharma deals secrets" (55000399I)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi des contrats secrets" (55035922C)
12 Samengevoegde vraag en interpellatie van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De geheime farmadeals" (55000399I)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van geheime contracten" (55035922C)

12.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 27 maart 2023 stelde u een roadmap over de terugbetaling van geneesmiddelen voor. Er werd geen pact bereikt met de farma-industrie, maar er werd wel een speerpuntenplan aangekondigd. Het uiteindelijke resultaat is nu de roadmap. Enkele dagen later kwam het MORSE-rapport uit.

Voor de terugbetaling van geneesmiddelen verwachtten wij heel wat van u, als socialistisch minister. Vooruit ging met zijn pillenplan volop in campagne tegen de geheime contracten. U zei onder andere dat u niet meer van die contracten wilt dan nodig. Op een bepaald moment stond u ook open voor het idee van de dwanglicenties, maar *the proof of the pudding is in the eating*. Als wij dan het MORSE-rapport en uw beleid tot hiertoe aanschouwen, zien wij toch dat het aantal geheime contracten in stijgende lijn blijft gaan: van 78 contracten in 2018 tot 115 in 2022. U ondertekende zelf niet minder dan 30 contracten in 2021 en 36 contracten in 2022. Terwijl de geheime contracten in 2014 5 % uitmaakten van het gemiddelde geneesmiddelenbudget, is dat vandaag

12.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): En ce qui concerne le remboursement des médicaments, nous attendions beaucoup d'un ministre socialiste. À l'époque, Vooruit a en effet mené campagne contre les contrats pharmaceutiques secrets et, à un certain moment, le ministre se disait même ouvert à des licences obligatoires. Il ressort toutefois du rapport MORSE (*Monitoring of reimbursement significant expenses,* Analyse des dépenses pour les médicaments remboursables) que le nombre de contrats secrets a encore augmenté, passant de 78 en 2018 à 115 en 2022.

volgens de laatste cijfers 35 %. In 2021 was dat in de ziekenhuizen niet minder dan 54 %. Daarom keken wij erg uit naar de roadmap.

In de roadmap zegt u op pagina 19 dat de tekst werd besproken op 13 maart 2023 op een overleg tussen de minister, het RIZIV, Pharma.be en Medaxes, waarna een aantal wijzigingen in de tekst werd doorgevoerd. Verder wordt de nieuwe versie ter informatie bezorgd en voorgesteld aan de andere actoren van het stakeholdersproces en zal die versie ook voor politieke discussie worden ingediend.

Waarom legt u de tekst voor aan het RIZIV, Pharma.be en Medaxes en bijvoorbeeld niet aan de mutualiteiten en de patiëntenorganisaties? Waarom wordt de tekst aan hen enkel ter informatie bezorgd? Welke opmerkingen werden gemaakt en met welke opmerkingen werd rekening gehouden? Is de roadmap al in de regering besproken?

Het is dus duidelijk dat u eigenlijk uw plan hebt afgeklopt met de farmaceutische industrie en dat is toch wel verbazingwekkend.

In die roadmap blijf ik ook op mijn honger over wat uw doel is. Er is vandaag een teveel aan contracten, er is een heel hoog aantal contracten die een grote hap uit het geneesmiddelenbudget nemen. Hebt u doelen vooropgesteld of gaat u dat doen? Een doel kan zijn dat het moet dalen van 35 % naar een lager percentage. Hoeveel contracten zijn volgens u onterecht of lopen te lang? Dat is immers ook een van de problemen. Hoeveel wilt u er op het einde van uw mandaat nog overhouden?

Volgens mij zit er een aantal adders onder het gras in de voorstellen die u doet. Op pagina 33 van de tabel waar alle voorstellen mooi worden uitgelegd, is er heel duidelijk sprake van contracten met betrekking tot me-too's. Wanneer een farmabedrijf een innovatief medicijn heeft in een bepaalde klasse, bijvoorbeeld een ontstekingsremmer voor reuma, komt er vaak na twee à drie jaar een me-too op de markt. Dat is een medicijn van dezelfde klasse, dat op dezelfde manier werkt, maar dat niet exact hetzelfde is. Dan is er geen sprake meer van een innovatief medicijn waarover nog veel onzekerheid is. Dat is vandaag een probleem. Wij zien heel wat me-too's onder contract. U wilt nu die me-too's inschrijven in de wet. Is dat geen adder onder het gras, om contracten te voorzien voor die me-too's?

De tweede adder onder het gras is dat u ook spreekt over het aflopen van het patent of de exclusiviteitsperiode. U legt een hele exitprocedure vast. Hoe is het echter mogelijk dat een medicijn onder contract blijft tot op het moment dat de exclusiviteitsperiode is afgelopen?

Dat is dus het moment waarop er generische of biologische alternatieven op de markt kunnen komen. Daar zien we ook heel veel problemen mee. In het MORSE-rapport betreffende de Humira- en Enbrelsaga zien we dat de generische producten niet of moeilijk op de markt komen. Hoe is het mogelijk dat men tot het einde van de exclusiviteit contracten voorziet?

Dat zijn volgens mij de twee grote problemen met uw roadmap. U betonneert de uitzonderingen die vandaag bestaan. Dan is er natuurlijk ook de vraag over de transparantie. U zegt ook dat u een deel van het contract transparanter zal maken. Daar is natuurlijk de vraag wat dat dan precies is. Wat zullen we te weten komen?

U vergelijkt vaak met de korf van zes EU-landen in onze omgeving.

Le ministre a lui-même signé 30 contrats en 2021 et 36 en 2022. En 2014, les contrats secrets représentaient 5 % du budget alloué aux médicaments, contre pas moins de 35 % aujourd'hui. Dans les hôpitaux, ce chiffre était même de 54 % en 2021.

Entre-temps, le ministre a élaboré une feuille de route visant une refonte des procédures de remboursement. Nous pouvons y lire que le texte a encore été modifié en concertation avec l'INAMI, Pharma.be et Medaxes. La nouvelle version sera communiquée à titre informatif aux autres parties prenantes et fera l'objet d'un débat politique. Pourquoi le texte a-t-il déjà été soumis à l'INAMI, à Pharma.be et à Medaxes, mais pas aux mutualités et aux organisations de patients? Pourquoi ces autres acteurs ne reçoivent-ils le texte qu'à titre informatif? Quelles observations ont été prises en compte dans la version définitive? La feuille de route a-t-elle déjà fait l'objet d'une discussion au sein du gouvernement?

En réalité, quel objectif poursuit la feuille de route? Quelle est la diminution nécessaire, exprimée en pourcentage, de la part des contrats secrets dans le budget des médicaments? Combien de contrats, selon le ministre, ont-ils été indûment conclus ou pour une durée trop longue? Combien de contrats le ministre souhaite-t-il conserver d'ici à la fin de son mandat?

Les propositions présentent également un certain nombre de lacunes. Lorsqu'une entreprise pharmaceutique détient un médicament innovant dans une certaine catégorie, il arrive souvent qu'après deux ou trois ans, un médicament dit *me-too* arrive sur le marché. Il s'agit d'un médicament de la même classe qui agit de la même manière, mais qui n'est pas exactement le même. Dans ce cas, toutefois, il ne s'agit pas d'un médicament innovant à propos duquel il subsiste de grandes incertitudes. Le ministre souhaite actuellement inscrire de nombreux *me-too* dans

Daar is de vraag natuurlijk waarom juist die landen worden gekozen. Het gaat hier over Nederland, Frankrijk, Duitsland, Oostenrijk, Ierland en Finland. Ik begrijp niet op welke basis deze korf is samengesteld. Waarom zitten bijvoorbeeld Luxemburg, Noorwegen of Denemarken niet in die korf? In bijvoorbeeld Noorwegen en Denemarken wordt voor de anti-inflammatoire medicatie aan tendering gedaan. Zij hebben dus veel lagere prijzen dan wij. Het is dus juist wel interessant om met die landen te vergelijken.

la loi. Prévoir des contrats pour ces médicaments ne pose-t-il pas de toute façon un problème?

Le ministre prévoit également une procédure de sortie à l'expiration d'un brevet ou d'une période d'exclusivité. Comment se peut-il qu'un médicament reste sous contrat jusqu'à l'expiration de la période d'exclusivité?

À ce moment, des alternatives génériques ou biologiques peuvent être commercialisées. Dans le rapport MORSE, nous pouvons cependant lire que les produits génériques peinent à arriver sur le marché.

La question de la transparence se pose par ailleurs. Une partie du contrat sera rendue plus transparente, mais de quelle partie s'agit-il précisément?

Le ministre établit souvent une comparaison avec un panier de six États membres de l'UE, à savoir les Pays-Bas, la France, l'Allemagne, l'Autriche, l'Irlande et la Finlande. Sur la base de quels éléments ce panier a-t-il été constitué? Pourquoi la Norvège et le Danemark n'en font-ils pas partie? Nous voyons en effet que ces pays se basent sur des appels d'offres pour les anti-inflammatoires et qu'ils obtiennent ainsi des prix nettement inférieurs.

12.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, er zijn in deze commissie al vaak vragen gesteld over de geheime contracten met de farmaceutische industrie, alsook vragen naar meer transparantie en vragen over de betaalbaarheid en houdbaarheid van dergelijke geheime contracten. Hoewel deze contracten in de tijd door mevrouw Onkelinx in het leven geroepen zijn om bij uitzondering innovatieve geneesmiddelen vroeger op de markt te krijgen, worden meer en meer dergelijke contracten gesloten. Van 78 in 2018 steeg het aantal in 2022 tot 115. Dat zorgt ervoor dat die geheime contracten een steeds groter deel van het gezondheidsbudget oppeuzelen.

De heer Van Dyck, directeur van Vlerick Healthcare Management Centre, stelde in een interview in *De Morgen* dat de dure en geheime contracten vaak ook worden toegepast op geneesmiddelen met een grote impact op het budget, maar zonder veel toegevoegde waarde.

Hij benadrukte verder dat tijdens de periode van het geheime contract de farmabedrijven verplicht moeten worden om meer gegevens te verzamelen en antwoorden te bieden op de openstaande vragen over het

12.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Les députés ont déjà souvent insisté, dans des questions parlementaires, sur l'importance de la transparence dans le cas des contrats confidentiels avec l'industrie pharmaceutique. Ces contrats ont vu le jour avec l'ancienne ministre Onkelinx. Le but est de permettre à des médicaments novateurs d'arriver plus rapidement sur le marché. Dans l'intervalle, des contrats de ce type sont de plus en plus fréquemment conclus. Or ces contrats confidentiels puisent des sommes de plus en plus importantes dans le budget des soins de santé.

Selon M. Van Dyck, directeur du

geneesmiddel.

Hoe wordt erop toegezien dat farmabedrijven wel degelijk meer gegevens verzamelen en antwoorden bieden op openstaande vragen over het geneesmiddel? Wie controleert dat? Wat als blijkt dat farmabedrijven dat niet doen? Is er dan een stok achter de deur?

Wat vindt u van het systeem, zoals in Duitsland, waarbij de industrie bij het begin van het contract slechts de helft van het afgesproken bedrag krijgt en de andere helft pas als blijkt dat het geneesmiddel wel degelijk aan de verwachtingen voldoet?

Vlerick Healthcare Management Centre, la plus-value de ces médicaments laisserait souvent à désirer. Il souligne dans le quotidien *De Morgen* qu'il faudrait obliger les entreprises pharmaceutiques à rassembler davantage de données et à répondre aux questions relatives au médicament pendant la période sous contrat confidentiel. Comment les pouvoirs publics y veillent-ils? Quelles sont les éventuelles sanctions prévues? Que pense le ministre du système appliqué en Allemagne, où les entreprises reçoivent la moitié du montant convenu au début du contrat, et l'autre moitié si le médicament répond concrètement aux attentes?

12.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, om te beginnen moet ik u corrigeren met betrekking tot de roadmap waarnaar u verwijst. Ik heb helemaal geen roadmap afgeklopt met de farmaceutische industrie. Er is daarover met de farmaceutische industrie wel veel gesproken, maar ik denk niet dat de farmaceutische industrie het met deze roadmap helemaal eens is. De roadmap is ook nog geen beslissing, dus het is geen definitief voorstel en al zeker geen definitief voorstel van mij; het is een ambtelijk document dat we in de regering willen gebruiken als een leidraad voor de discussie, maar ook als leidraad voor verder overleg met alle betrokken stakeholders, waaronder patientenverenigingen en mutualiteiten. Daarover kan ik u geruststellen, want we hebben ook al uitvoerig overleg gepleegd met de mutualiteiten en de patiëntenverenigingen tijdens het op punt stellen van die roadmap, die dus een tussenstap in de discussie is. We zullen dat ook blijven doen. De roadmap is dus een ambtelijk document dat het voorwerp uitmaakt van overleg, ook met de patiëntenverenigingen en de mutualiteiten.

Wat de transparantie betreft, is de idee in de roadmap dat we in het publieke gedeelte van het contract meer duidelijkheid moeten geven over het compensatiemechanisme zelf. Wordt er een cap gebruikt of niet, zijn er drempels, zijn er bepaalde schijven, hoe wordt er rekening gehouden met volume-effecten? Als we dat duidelijker maken in de publieke informatie over de contracten, zijn we al een stap verder. De bedoeling is om die informatie ook te verwerken in het MORSE-rapport dat het RIZIV publiceert over de geneesmiddelenuitgaven.

De bedoeling is ook om deze publieke onderdelen van de contracten systematisch te publiceren op de website van het RIZIV.

Transparantie verwijst eigenlijk meteen naar een Europese agenda. Wij zijn sterk geëngageerd om binnen Europa de afspraken over transparantie te versterken. Een van de zaken die België op tafel wil leggen, is de invoering van een *sunset clause* die bepaalt dat geheime onderdelen van een contract na een bepaalde periode na afloop van het contract onder bepaalde voorwaarden publiek worden gemaakt. Andere elementen die België naar voren wil schuiven in het Europese debat om die transparantie te vergroten, zijn het transparant maken van de beschermingsperiodes en hun verval, de manier waarop terug-

12.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je voudrais tout d'abord préciser que je n'ai nullement convenu d'une feuille de route avec l'industrie pharmaceutique, et encore moins dans la précipitation. Ce document a donné lieu à de nombreuses discussions, mais je ne pense pas que l'industrie y soit favorable. Il s'agit dès lors non pas d'une décision concrète ni même d'une proposition définitive, mais bien d'un document administratif qui servira de base de discussion au gouvernement et alimentera la concertation avec les acteurs concernés. Nous avons déjà eu des contacts approfondis à ce sujet avec les mutualités et les associations de patients et nous poursuivrons ces discussions.

Dans la partie publique de la feuille de route, l'objectif est d'accroître la transparence du mécanisme de compensation et de clarifier le recours à un plafond, à un seuil ou à des effets de volume. Le but est également de traiter ces informations dans le rapport MORSE que publie l'INAMI concernant les dépenses de médicaments et de publier systématiquement les parties publiques des contrats sur le site de l'INAMI.

La Belgique s'engage à renforcer au sein de l'Europe les accords sur la transparence. Elle mettra notamment sur la table l'instauration

betalingsautoriteiten referentieprijzen hanteren, de informatie-uitwisseling en de samenwerking in het kader van terugbetalingsdossiers tussen terugbetalingsautoriteiten, de mogelijkheid tot gezamenlijke onderhandelingen over contracten, het maken van afspraken inzake de reikwijdte en de termijn van geheime afspraken, de duurtijd van contracten, de manier waarop de exit uit contracten op gecoördineerde wijze kan gebeuren en de manier waarop de generieke of biosimilaire industrie bij het aflopen van een patent van een gecontracteerd geneesmiddel kan worden geïnformeerd over de postcontractprijs. Dat zijn allemaal zaken die wij Europees willen aanpakken.

Ten gronde, wat het systeem van contracten in ons land betreft, meen ik dat een contract hoe dan ook een bijzonder nuttig instrument is als men specifieke en belangrijke onzekerheden heeft over de impact van een bepaald geneesmiddel. Men legt dan een aantal afspraken vast, terwijl de impact van dat geneesmiddel verder geëvalueerd wordt. Men kan dat immers vaak niet opvangen binnen de bestaande procedures. Het punt is natuurlijk of dat dan een geheim contract moet zijn. De reden waarom die contracten geheim zijn, heeft alles te maken met de Europese context, namelijk dat bedrijven dit soort afspraken graag land per land en confidentieel vastleggen.

We kunnen dat betreuren, maar als men dat echt helemaal opgelost wil krijgen, is de oplossing alleen Europees haalbaar. Ik weet niet of u die metafoor kent, maar het is een beetje een gevangenendilemma. Als andere Europese landen dat doen, doen wij dat ook en omdat wij dat doen, doen ook andere Europese landen dat. Globaal is dat eigenlijk niet goed, maar ondertussen doen wij er wel ons voordeel mee als andere Europese landen en ook wij dat doen. Wij onderhandelen namelijk keihard en halen enorme compensaties binnen die we niet zouden binnenhalen als we dat publiek zouden moeten doen.

Dat is een uitspraak die ik doe in de Europese context. In de Europese context sluiten wij inderdaad nog confidentiële contracten, waarmee patiënten enorm zijn geholpen in de voorbije periode. Voor Kaftrio, Zolgensma en vele andere bekende namen hebben wij confidentieel keiharde onderhandelingen gevoerd, met een goed resultaat. Hadden wij die niet confidentieel gevoerd, dan hadden wij ze gewoon niet kunnen voeren.

Wegens de Europese context en zolang wij in de Europese context zitten, zullen wij moeten bekijken op welke manier er vooruitgang kan worden geboekt in de richting van meer transparantie en meer beheersing. Wat ik namelijk wel altijd heb aangegeven en hier ook wil herhalen, is dat wanneer voor steeds meer geneesmiddelen dergelijke confidentiële contracten worden onderhandeld, er een groeiend probleem is.

Het eerste probleem is dat de normale marktwerking inzake generieken en *biosimilars* wordt ontwricht. Immers, een generiek bedrijf of een bedrijf dat een *biosimilar* zou kunnen ontwikkelen, wenst geïnformeerd te zijn over de prijs waartegen het originele medicijn is aanvaard en wordt terugbetaald. Het bedrijf wil dat weten, het wil natuurlijk de reële nettoprijs kennen vooraleer te beslissen of het zich daarin lanceert. Het weet dat echter niet, want de prijs is confidentieel. Het ontwrichtende karakter van geheime contracten op de normale marktwerking is dus een eerste probleem.

Er is ten tweede ook een principieel probleem. Wanneer voor steeds

d'une clause d'extinction.

Un contrat est en tout cas un instrument particulièrement utile en présence d'incertitudes spécifiques et significatives sur les effets d'un médicament donné. Le contexte européen explique pourquoi ces contrats sont secrets. Les entreprises préfèrent conclure les accords dans la confidentialité et pays par pays. Nous pouvons le déplorer, mais la solution reste uniquement atteignable à l'échelon européen. Nous avons mené d'âpres négociations avec de nombreux grands noms du secteur de manière confidentielle, avec un bon résultat à la clé. Sans ce caractère confidentiel, nous n'aurions tout simplement pas pu les mener.

Aussi longtemps que nous évoluerons dans le contexte européen, nous devrons examiner comment progresser vers davantage de transparence et de maîtrise. Toutefois, dès lors que de plus en plus de médicaments sont négociés dans le cadre de tels contrats confidentiels, un problème se pose. Le fonctionnement normal du marché des médicaments génériques et biosimilaires est en effet perturbé. Par ailleurs, un problème démocratique fondamental se pose. Lorsque de plus en plus de médicaments sont négociés dans le cadre de tels contrats confidentiels, la cohérence globale du budget devient de plus en plus opaque pour le public. Nous souhaitons mener des actions à l'échelon européen et faire en sorte que cet outil soit remis sur la bonne voie. À cet effet, on peut envisager de prévoir des délimitations plus claires et de renforcer le système.

Dans la feuille de route, nous proposons d'instaurer la possibilité d'être sous contrat deux fois pour une durée de trois ans et seulement exceptionnellement – moyennant l'approbation de la CRM – pour une troisième période.

La feuille de route propose un mécanisme prévoyant d'informer confidentiellement les fournisseurs

meer medicatie over dergelijke confidentiële contracten wordt onderhandeld, wordt de globale samenhang van het budget steeds ondoorzichtiger voor het publiek. Dat is een democratisch probleem.

Wat willen wij dus doen? Wij willen ten eerste op Europees vlak actievoeren. Ten tweede, zolang wij in de Europese context zitten van confidentiële contracten die in vele landen worden toegepast, willen wij ervoor zorgen dat het instrument opnieuw op het juiste spoor komt en dus niet verder ontspoort. Wij willen het duidelijker afbakenen en we willen ook een aantal aanscherpingen in het systeem.

Ik had het daarnet al over wat wij qua transparantie willen, namelijk dat wij onder meer de architectuur van de compensatiemechanismen contract per contract publiek willen maken.

Ik zal het dadelijk hebben over de vraag van mevrouw Sneppe over de wetenschappelijke basis.

Wat ik echter ook nog wil aanstippen, is dat wij, ten eerste, in de roadmap voorstellen dat men twee keer gedurende drie jaar onder contract kan zijn en dat dit slechts uitzonderlijk, wanneer de CTG dat goedkeurt, voor een derde periode kan. Dat is in verhouding met de manier waarop de praktijk zich nu ontwikkelt toch een belangrijke limitering van de duurtijd.

Ten tweede, in de roadmap wordt een mechanisme voorgesteld waarbij concurrenten – generische verschaffers en aanbieders van biosimilaire geneesmiddelen – terwijl zo'n geneesmiddel nog onder confidentieel contract is, toch confidentieel op de hoogte worden gesteld van de feitelijke nettoprijs van dat geneesmiddel. Dat is een bijzonder belangrijk gegeven dat concurrenten toelaat zich te organiseren en tijdig met goedkopere alternatieven te komen.

Ik kom dan tot de wetenschappelijke basis. Dat is een verhaal op zich, daar had mevrouw Sneppe het al over. Inderdaad moeten bedrijven volgens die overeenkomsten een evaluatierapport opstellen, dat er meestal zes maanden voor het verstrijken van de overeenkomst moet zijn. Dat moet antwoorden op openstaande vragen over onzekerheden die werden geformuleerd door de CTG. Op basis van dat rapport beoordelen de leden van de werkgroep Contracten, die de onderhandelingen voeren, de opportuniteit om de overeenkomst eventueel te verlengen voor een nieuwe periode, dan wel voorstellen om het betrokken bedrijf een nieuw dossier te laten indienen bij de CTG, waarbij dan een transitieperiode ingaat van maximum twaalf maanden om de CTG-procedure te kunnen doorlopen. Mevrouw Sneppe, het zijn dus de leden van de werkgroep Contracten die kijken naar de door het bedrijf in het kader van het evaluatierapport, in antwoord op de geïdentificeerde onzekerheden, verzamelde gegevens. Als de leden van de werkgroep van oordeel zijn dat het bedrijf niet afdoende heeft geantwoord op die onzekerheden, dan zullen ze het bedrijf daarvan op de hoogte brengen. In functie daarvan kunnen nieuwe beslissingen genomen worden.

Een van de elementen van de roadmap is dat we precies dat aspect van de contracten aanzienlijk willen versterken. We wilden eigenlijk een onafhankelijk team creëren, dat we in de roadmap een *real-world evidence platform* noemen, waarbij de manier waarop men die onzekerheden moet onderzoeken - het soort onderzoeksdesign dat daarbij nodig is, hoe dat moet worden aangepakt - aanzienlijk gepreciseerd wordt. Als het gaat over contracten, dan gaat het, ten eerste, over het beperken van de duurtijd, ten tweede, over meer publiciteit, niet over

concurrents de médicaments génériques et biosimilaires du prix net du médicament, de manière à ce qu'ils puissent s'organiser et fournir une alternative moins coûteuse en temps utile.

Les entreprises doivent établir un rapport d'évaluation et le mettre à disposition six mois avant l'expiration du contrat. Sur cette base, le groupe de travail Contrats décide d'une prolongation du contrat ou de la nécessité de soumettre un nouveau dossier à la CRM. Si le groupe de travail estime que, dans son rapport d'évaluation, l'entreprise n'offre pas une réponse suffisante aux zones d'ombre identifiées, l'entreprise en est avisée. La feuille de route entend justement renforcer cet aspect des contrats. Nous souhaitons créer une équipe indépendante, une plate-forme de données probantes, de manière à préciser clairement comment les zones d'ombre doivent être examinées.

En Belgique, des accords sont conclus pour que la compensation dépende de la performance d'un médicament, un système de rémunération au rendement. C'est possible sur la base des résultats de la pratique clinique ou d'une étude clinique. Si, par la suite, il s'avère qu'un médicament est plus efficace que prévu, l'entreprise peut introduire un dossier de réévaluation auprès de la CRM.

de concrete gegevens van de prijs, maar wel over de architectuur, ten derde, over de terbeschikkingstelling aan mogelijke concurrenten van de informatie over de reële nettoprijs voor het einde van het contract en, ten vierde, over een veel sterkere ondersteuning voor het verzamelen van de *real-world evidence* die men moet hebben om een evaluatie te maken van het geneesmiddel onder contract.

Wat de vraag over Duitsland betreft, er worden in België ook overeenkomsten gesloten waarbij de compensatie afhankelijk is van de prestatie van een geneesmiddel, een zogenaamd *pay for performance*-systeem. Dat kan op basis van de resultaten in de klinische praktijk of op basis van de resultaten die de specialiteit behaalde in de klinische studie. In dat laatste geval gaat het om een theoretische *pay for performance*. Dat betekent dat de compensatie gelinkt is aan de resultaten van het product. Als na verloop van tijd blijkt dat het geneesmiddel toch beter presteert dan initieel gedacht, kan het bedrijf een dossier indienen bij de CTG om het product opnieuw te laten evalueren. Dat is de manier waarop wij dit in ons land organiseren.

12.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt het niet afgeklopt met de farmaceutische industrie, maar u hebt niet geantwoord op mijn vraag waarom u het op 13 maart dan hebt voorgelegd aan Pharma.be en Medaxes, zoals in de tekst staat.

12.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: De tekst is aan álle actoren voorgelegd.

12.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, nee, want er staat letterlijk “in een overleg tussen de minister, het RIZIV, Pharma.be en Medaxes, waarna een aantal opmerkingen nog werden doorgevoerd”. Ik heb dus gevraagd welke opmerkingen dat waren. Het is in het kader van de transparantie belangrijk dat wij weten welke opmerkingen Pharma.be en Medaxes daarover gemaakt hebben. Voorts staat er: “In deze nieuwe versie wordt er informatie overgemaakt en voorgesteld aan de andere actoren van het stakeholdersproces.” Er staat dus zwart op wit dat u het wel met hen hebt besproken en niet met bijvoorbeeld het Vlaams Patiëntenplatform of de ziekenfondsen. U zegt dat het een gewoon ambtelijk document betreft, maar u hebt er, samen met het RIZIV, wel een persconferentie over gegeven. Het is dan toch een belangrijk document.

Het grote probleem is dat men nergens iets te weten komt over de echte kostprijs van de productie en de ontwikkeling van een geneesmiddel. Die vind ik niet terug in die roadmap. Daarover wordt rond de pot gedraaid, terwijl dat het belangrijkste is voor een beleidsmaker. Dat moeten wij immers te weten komen om een faire prijs te kunnen zetten. Die kostprijs komen we vandaag de dag te weten via internationale studies of omdat het geneesmiddel in verafgelegen landen wel beschikbaar is voor lagere prijzen enzovoort.

Een ander probleem is het budget van de geneesmiddelen. Sinds 2015 is het gewone budget voor geneesmiddelen relatief goed onder controle, maar het budget voor geneesmiddelen onder contract zien we de lucht ingaan. U hebt niet geantwoord op de vraag waarom u die zes specifieke landen gebruikt om ons mee te vergelijken, maar geen andere landen, zoals Denemarken en Noorwegen waarop ik heb gewezen. In het MORSE-rapport wordt goed uitgelegd dat in die laatstgenoemde landen voor de immunosuppressiva, waartoe medicatie onder contract in de ziekenhuizen behoort, een tender georganiseerd wordt.

12.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Pourquoi le texte n’a-t-il été présenté qu'à l’INAMI, à Pharma.be et à Medaxis?

12.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le texte a été soumis à tous les acteurs.

12.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Cependant, il ne mentionne que la concertation avec l’INAMI, Pharma.be et Medaxis. Quelles observations ont-été formulées?

Nous ne trouvons rien dans la feuille de route sur le coût réel de production et de développement d'un médicament. Il s’agit pourtant de l'information la plus importante pour parvenir à une tarification équitable.

Le budget pour les médicaments sous contrat augmente. Pourquoi six pays spécifiques sont-ils choisis pour la comparaison? Pourquoi ne pas comparer avec le Danemark et la Norvège, où un marché public est organisé pour les immunosuppresseurs?

Le ministre n'a apparemment pas bien compris la critique formulée dans ma question. Le problème est qu'on conclut toujours des contrats pour des médicaments *me-too* ainsi que des contrats jusqu'à la fin de l'exclusivité du produit. Inscrire cela dans la loi, c'est du délire! Beaucoup de médicaments *me-too*

Dat is zeer interessant, maar u hebt dat niet beantwoord.

Tot slot vind ik het ook problematisch dat u de kritiek die ik op het einde van mijn interpellatie heb geformuleerd blijkbaar niet goed begrepen hebt. Ik had het over de adders die ik onder het gras zie. Ik vind het belangrijk om daar nog eens op in te gaan en hoop dan ook dat u aandachtig luistert. Het probleem is dat er tegenwoordig nog steeds contracten worden gesloten voor de zogenaamde me-toomedicijnen en contracten tot het einde van de exclusiviteit van een product. U wil dat echt inschrijven in de roadmap en in de wet. Daarmee zet u eigenlijk de deur open voor geneesmiddelen onder contract, zowel voor me-toomedicijnen als voor geneesmiddelen tot het einde van de exclusiviteit. Daar zit echt een groot in gevaar voor me-toogeneesmiddelen en voor medicijnen waarvan het brevet al verlopen is of weldra zal verlopen, want het is natuurlijk van de pot gerukt om zulke medicijnen nog onder contract te hebben. Daarvan kan ik veel voorbeelden noemen. Zo zijn de NOAC's heel lang onder contract gebleven en zo bestaan er ook nog steeds problemen met de immunosuppressiva, zoals in het MORSE-rapport uitvoerig wordt uitgewerkt. Er bestaan heel veel me-toomedicijnen, bijvoorbeeld Humira, die tegenwoordig onder contract zitten, hoewel veel patiënten voor veel minder geld verzorgd zouden kunnen worden. Daar ben ik volledig van overtuigd.

Mijnheer de minister, om die reden heb ik een motie van aanbeveling opgesteld. Daarmee vragen wij om het afsluiten van contracten echt te beperken tot innovatieve medicatie waarover nog onzekerheid bestaat, zoals de wet vandaag voorziet. Wij vragen om geen nieuwe contracten af te sluiten voor me-toogeneesmiddelen en om geheime contracten niet te laten lopen tot het aflopen van de exclusiviteit van een geneesmiddel.

sont sous contrat, alors que de nombreux patients pourraient être aidés à un coût nettement inférieur.

Dans ma motion de recommandation, je demande de limiter les contrats aux médicaments innovants à propos desquels il existe encore des incertitudes, de ne pas conclure de contrats pour des médicaments *me-too* et de ne pas conclure de contrats secrets pour une période allant jusqu'à l'expiration de l'exclusivité.

12.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik wil even ingaan op het antwoord dat u gaf aan een collega over keiharde onderhandelingen, waarmee u de prijs dan wel kunt laten zakken, maar misschien calculeren de farmabedrijven dit al mee in en houden zij hun prijzen kunstmatig hoog, om dan een zeer royale vergoeding te krijgen.

Er gebeurt een controle door de werkgroep Contracten, zegt u. Als de gegevens niet voldoen, dan wordt het bedrijf op de hoogte gebracht. Er is echter geen stok achter de deur om de bedrijven aan de gevraagde voorwaarden te laten voldoen. Het is dus niet zo dat ze dan bijvoorbeeld niet het volle bedrag krijgen. Heel wat bedrijven blijken zich immers niet aan de afspraak te houden om verder onderzoek te doen naar de effectiviteit van de geneesmiddelen en om antwoorden te vinden op de vragen daarover. Wie controleert dat? De werkgroep, maar die mensen hebben geen stok achter de deur om de farmabedrijven ook echt te dwingen om de correcte gegevens te geven en daar ook verder onderzoek naar te doen. Dat is dus een lege doos.

Wij hebben inderdaad een *pay for performance*, maar ik vraag mij toch af hoe dat in de praktijk werkt als er geen stok achter de deur is.

12.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Le ministre évoque d'âpres négociations en vue de faire baisser les prix, mais il est bien possible que les entreprises intègrent déjà cette donnée dans leurs calculs. Le groupe de travail Contrats ne possède aucun moyen de contrainte pour forcer les entreprises à respecter les conditions. Il ne s'agit dès lors de rien de plus qu'une coquille vide.

Motions
Moties

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Sofie Merckx et est libellée comme suit:
"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Sofie Merckx
et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
- après avoir lu la feuille de route de l'INAMI ainsi que ses annexes;
- après avoir lu les rapports MORSE de l'INAMI;
- considérant que 35 % de l'ensemble des dépenses pour des médicaments sont consacrés à des médicaments dont le prix est fixé par le biais d'un accord secret entre le ministre de la Santé publique et la firme pharmaceutique;
- considérant qu'en 2020, 30 nouveaux contrats secrets ont été conclus et que 36 l'ont été en 2021;
- considérant que le recours répété aux contrats secrets dépasse largement son but initial;
- considérant que la population a droit à un contrôle démocratique de l'affectation de l'argent public, contrôle rendu impossible par le caractère confidentiel des prix convenus;
- considérant que le parti du ministre de la Santé publique s'est engagé à limiter le recours aux accords secrets sur les prix;
- considérant l'augmentation constante du budget consacré aux médicaments, qui exerce une pression importante sur la situation financière de la sécurité sociale;
- considérant que l'augmentation du budget consacré aux médicaments est étroitement liée à l'extension croissante du système d'accords secrets sur les prix;
- considérant l'étude du KCE d'où il ressort que pour la moitié des thérapies oncologiques innovantes, plusieurs années après la conclusion d'un accord de prix secret, il n'est toujours fourni aucune preuve supplémentaire de la valeur thérapeutique de la substance en question;
- considérant que jusqu'à présent, le ministre de la Santé publique n'a pas fourni de réponse à la question parlementaire écrite déposée sur le même sujet;
demande au gouvernement
- de limiter la conclusion de contrats aux médicaments réellement innovants à propos desquels une certaine incertitude subsiste, comme la loi le prévoit à l'heure actuelle;
- de ne pas conclure de nouveaux contrats concernant des médicaments me-too;
- de ne pas laisser courir les contrats secrets jusqu'à l'expiration de la période d'exclusivité de la substance en question."

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Sofie Merckx en luidt als volgt:
"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Sofie Merckx
en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
- na de Roadmap van het RIZIV, evenals de bijhorende bijlagen, te hebben gelezen;
- na de MORSE-rapporten van het RIZIV te hebben gelezen;
- overwegende dat 35 % van alle uitgaven voor geneesmiddelen gaat naar geneesmiddelen waarvan de prijs is bepaald in een geheime afspraak tussen de minister van Volksgezondheid en het farmaceutisch bedrijf;
- overwegende dat in 2020 30 en in 2021 36 nieuwe geheime contracten gesloten werden;
- overwegende dat het veelvuldige gebruik van geheime contracten de oorspronkelijke opzet ver voorbijgaat;
- overwegende dat de bevolking het recht heeft op democratische controle op de besteding van belastinggeld, wat onmogelijk wordt gemaakt door de geheimhouding van de overeengekomen prijzen;
- overwegende dat de partij van de minister van Volksgezondheid beloofde het gebruik van de geheime prijsafspraken te beperken;
- overwegende de voortdurende stijging van het geneesmiddelenbudget, wat een aanzienlijke druk zet op de financiële situatie van de sociale zekerheid;
- overwegende dat de stijging van het geneesmiddelenbudget nauw verwant is aan de steeds verdere uitbreiding van het systeem van geheime prijsafspraken;
- overwegende de studie van het KCE die toonde dat voor de helft van de innovatieve kankertherapieën jaren na het verwerven van een geheime prijsafspraak, nog steeds geen bijkomende bewijzen worden geproduceerd over de therapeutische waarde van het middel;
- overwegende dat de minister van Volksgezondheid tot op vandaag geen antwoord gaf op de schriftelijke parlementaire vraag over het onderwerp;
vraagt de regering
- het afsluiten van contracten te beperken tot echt innovatieve medicatie waarover nog onzekerheid bestaat, zoals de wet vandaag voorziet;
- geen nieuwe contracten af te sluiten voor zogenaamde me-too's;
- geheime contracten niet te laten duren tot het aflopen van de exclusiviteit op het middel afloopt."

Une motion pure et simple a été déposée par Mme Karin Jiroflée.
Een eenvoudige motie werd ingediend door mevrouw Karin Jiroflée.

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

De samengevoegde vragen nr. 55035546C van mevrouw Fonck en nr. 55035958C van mevrouw Rohonyi worden uitgesteld.

13 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation du cannabis pour soulager les patientes atteintes d'endométriose" (55035664C)
13 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van cannabis om de symptomen van endometriose te verlichten" (55035664C)

13.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, alors que la proposition de résolution pour une meilleure prise en charge de l'endométriose vient d'être adoptée par notre commission, je souhaiterais revenir sur une découverte qui avait été réalisée en 2020 par des médecins espagnols.*

Il en ressort que les deux composantes du cannabis - que sont le CBD et le THC - et qui sont déjà utilisées pour lutter contre toutes sortes de pathologies physiques et mentales, ont été testées sur des souris afin de mesurer les bienfaits thérapeutiques que peut avoir le cannabis médical sur les douleurs chroniques provoquées par la maladie.

La méthode est simple: des implants de tissu endométrial développés hors de l'utérus ont été insérés au niveau de la partie inférieure du corps de l'animal afin de reproduire des effets similaires à ceux de l'endométriose chez les femmes.

Les résultats sont sans appel puisque les chercheurs ont constaté que les souris atteintes d'endométriose traitées au THC pendant 32 jours présentaient des croissances beaucoup plus faibles de tissu endométrial.

Lors de la réalisation de cette expérience, les chercheurs ont évoqué que d'autres recherches devraient être effectuées "pour assurer la sécurité et les effets bénéfiques de ce traitement".

D'où mes questions, Monsieur le ministre:

Aviez-vous connaissance de cette recherche et des résultats particulièrement intéressants obtenus par ces chercheurs? Dans l'affirmative, des discussions ont-elles déjà été menées à cet égard et si oui, avec qui? Dans la négative, quel suivi comptez-vous y apporter?

Des recherches similaires ont-elles déjà été réalisées par des chercheurs belges? Dans la négative, une nouvelle recherche belge sur ce sujet est-elle envisageable?

Des recherches complémentaires ont-elles été menées depuis 2020, comme annoncé par les chercheurs espagnols?

Le cannabis médical est-il déjà utilisé par le personnel soignant pour soulager les symptômes de l'endométriose? Dans l'affirmative, comment cette utilisation est-elle prise en charge en ce qui concerne le remboursement? Dans la négative, quel est votre avis sur la question?

13.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Het voorstel van resolutie voor een betere behandeling van endometriose werd onlangs door onze commissie aangenomen en in dat verband zou ik willen terugkomen op een ontdekking die in 2020 gedaan werd. Spaanse artsen hebben bij muizen met endometriose die met THC (een bestanddeel van cannabis) behandeld werden, vastgesteld dat het baarmoederslijmvlies veel minder sterk groeide. Ze stelden dat er verder onderzoek gevoerd moest worden om ervoor te zorgen dat de behandeling veilig zou zijn en gunstige effecten zou hebben.*

Hebben er daarover al gesprekken plaatsgevonden? Op welke manier wilt u gevolg geven aan die vaststelling? Werden er in België gelijkaardige studies uitgevoerd? Werd er sinds 2020 bijkomend onderzoek gevoerd? Wordt medicinale cannabis al gebruikt in ons land om de symptomen van endometriose te verlichten? Wordt dat gebruik terugbetaald?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, madame Rohonyi, peu d'informations sont disponibles sur le sujet en rai-

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Door het gebrek aan kennis over endometriose is er

son du manque de publications et de connaissances sur l'endométriose. Sur la base de quelques articles trouvés, les trois constats suivants peuvent être partagés.

Premièrement, les options thérapeutiques actuelles pour l'endométriose affectent souvent la fertilité ou ont des effets secondaires indésirables, ce qui souligne la nécessité d'un traitement alternatif.

Deuxièmement, une réduction de la douleur a été signalée après l'utilisation de cannabis pour des affections gynécologiques mais l'étude est limitée et ne se concentre pas uniquement sur l'endométriose.

Troisièmement, un manque d'études solides et bien conçues et d'essais contrôlés randomisés portant sur l'utilisation du cannabis dans le traitement de l'endométriose est à noter.

Cette année, l'édition de *Drug Vibes*, l'enquête belge sur les drogues menée par Sciensano auprès de consommateurs de drogues récréatives, comprenait quelques questions sur l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques ou médicales. Les principales raisons invoquées par les femmes entre 18 et 64 ans pour consommer du cannabis à des fins thérapeutiques ou médicales sont: le stress (70 %), les troubles du sommeil (61 %), l'anxiété (54 %), la dépression (50 %), les douleurs chroniques (32 %), le TDAH (31 %), la migraine (18 %), le stress post-traumatique (15%), la fibromyalgie (7 %), l'arthrite-arthrose (6 %). Quelques femmes, 10 sur l'échantillon comprenant 308 femmes, ont également mentionné l'utilisation du cannabis pour atténuer les douleurs menstruelles.

L'endométriose n'a donc pas été mentionnée comme raison potentielle mais cette maladie n'est pas facile à diagnostiquer. Il est possible que certaines personnes utilisent le cannabis pour en améliorer les symptômes sans savoir qu'elles en sont atteintes.

En réponse à votre troisième question, je puis dire qu'aucun article subséquent n'a été trouvé.

Nous avons pris connaissance de l'étude à laquelle vous faites référence. Bien que les résultats de l'étude sur les souris soient prometteurs, il faut attendre les premiers résultats des études cliniques pour pouvoir se prononcer sur l'efficacité et la sécurité de cette indication chez l'homme.

Plusieurs études cliniques sont en cours dans le domaine de l'endométriose dans le cadre desquelles différentes méthodologies de traitement sont évaluées. Ce qui est décrit peut être considéré comme une alternative. Les sponsors des études sont des sociétés pharmaceutiques et des centres académiques.

Il existe deux médicaments à base de cannabis enregistrés en Belgique. Aucun de ces deux médicaments autorisés n'est indiqué dans le traitement de l'endométriose. Avant d'envisager un remboursement pour ce type de traitement, il m'est indispensable de disposer de données d'études cliniques pour m'assurer de la sécurité du médicament et connaître les conséquences et effets secondaires liés à la prise de ces produits. Par ailleurs, un encadrement très strict doit être prévu pour éviter tout risque d'abus.

Actuellement, aucune firme pharmaceutique n'a encore introduit de demande de remboursement pour un médicament à base de cannabis

daarover weinig informatie beschikbaar.

De huidige behandelingen hebben vaak een impact op de vruchtbaarheid of andere bijwerkingen. Daarom is er nood aan een alternatieve behandeling.

Voorts werd er aangetoond dat na het gebruik van cannabis de pijn afnam, maar de studie is beperkt en niet alleen op endometriose gericht.

Ten slotte is er een tekort aan solide studies en *controlled trials* in verband met het gebruik van cannabis bij de behandeling van endometriose.

Volgens een enquête van Sciensano zijn de voornaamste redenen om cannabis voor therapeutische doeleinden te gebruiken voor vrouwen van 18 tot 64 jaar de volgende: stress (70 %), slaapstoornissen (61 %), angst (54 %), depressie (50 %), chronische pijn (32 %), ADHD (31 %), migraine (18 %) en fibromyalgie (7 %). Tien vrouwen op 308 vermelden ook dat ze hun menstruatiepijn willen verlichten.

Gelet op de moeilijkheid om endometriose te diagnosticeren gebruiken sommige personen misschien cannabis om de symptomen ervan te verlichten, zonder dat ze weten dat ze aan die aandoening lijden.

Op uw derde vraag moet ik antwoorden dat we daarover geen artikelen hebben gevonden. De studie waarnaar u verwijst, is me bekend. Hoewel de resultaten van het onderzoek op muizen veelbelovend zijn, moet men de resultaten van de klinische studies afwachten om zich te kunnen uitspreken over de werkzaamheid en de veiligheid van die indicatie bij de mens.

Er zijn klinische studies aan de gang om alternatieve behandelingen te evalueren. Die studies worden door farmaceutische bedrijven en academische centra gesponsord.

pour cette indication auprès de la Commission de remboursement des médicaments.

Geen van de twee toegelaten geneesmiddelen op basis van cannabis is voor de behandeling van endometriose aangewezen. Voordat ik de terugbetaling ervan kan overwegen, moet ik over klinische studies beschikken om zeker te zijn van de veiligheid van het geneesmiddel en te weten wat de bijwerkingen ervan zijn. Bovendien is er een zeer strikt kader nodig om elk risico op misbruik te voorkomen.

Momenteel heeft geen enkel farmabedrijf voor die indicatie een aanvraag tot terugbetaling ingediend voor een geneesmiddel op basis van cannabis.

13.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée, malgré le peu d'informations dont nous disposons aujourd'hui sur les traitements qui existent pour traiter l'endométriose. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de la proposition de résolution que nous allons être amenés à voter, jeudi, avec beaucoup d'enthousiasme.

Comme vous l'avez dit, le peu de choses que l'on sait sur ces traitements, c'est que beaucoup d'entre eux posent de gros problèmes en matière d'effets secondaires indésirables, notamment sur la fertilité des femmes qui y auraient recours.

Par contre, on sait également que d'autres études, que vous avez d'ailleurs mentionnées, soulignent l'utilité du cannabis médical pour toute une série de raisons, notamment pour traiter des douleurs chroniques. Vous avez cité le chiffre de 32 % de femmes qui auraient recours ou qui souhaiteraient, en tout cas, pouvoir y avoir recours pour soulager leurs douleurs chroniques, sans connaître nécessairement l'origine de celles-ci.

Il serait intéressant de creuser ces études pour savoir de quel type de douleurs on parle. Les douleurs chroniques peuvent couvrir l'endométriose comme d'autres types de maladie. On sait aussi qu'une étude canadienne a démontré que 60 % des patientes qui ont pris du cannabis médical pendant leurs menstruations ont constaté une réduction de leurs douleurs. Cela peut donc concerner les femmes qui souffrent d'endométriose comme les autres qui peuvent souffrir d'autres maladies gynécologiques.

Je peux entendre votre discours lorsque vous dites que la prudence est de rigueur et qu'il faut attendre les résultats finaux de cette étude pour savoir si on peut utiliser le cannabis médical comme alternative pour ces patientes et voir si cette alternative serait pour elles un traitement sûr et efficace et, par voie de conséquence, remboursable.

13.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Er is slechts weinig informatie beschikbaar over behandelingen van endometriose, zodat het voorstel van resolutie dat we donderdag enthousiast zullen goedkeuren alle belang heeft.

Veel van die behandelingen zorgen voor ernstige vruchtbaarheidsproblemen bij vrouwen die er hun toevlucht toe nemen. Volgens andere studies is medicinale cannabis daarentegen nuttig, vooral om chronische pijn te behandelen. Bijna 32 % van de vrouwen zou er gebruik van maken om chronische pijn te verlichten, zonder dat ze noodzakelijkerwijs weten waardoor die pijn veroorzaakt wordt.

Volgens een Canadese studie lijdt 60 % van de patiënten die tijdens hun menstruatieperiode medicinale cannabis innemen minder pijn. Dat kunnen dus zowel vrouwen zijn die aan endometriose lijden als vrouwen met andere aandoeningen.

Voorzichtigheid is inderdaad geboden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De hogere kosten van de flankerende maatregelen voor bloedcollectecentra" (55035732C)

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le surcoût des mesures d'accompagnement pour les centres de collecte de sang" (55035732C)

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, door recente wetgeving is de uitsluitingsduur voor bloeddonatie van mannen die seks hebben met mannen (MSM) verkort van 12 naar 4 maanden. Daar zijn echter hogere kosten aan verbonden voor de bloedcollectecentra die een aantal flankerende maatregelen moeten nemen.

Ik heb daarover enkele vragen.

Hoeveel extra kosten worden geraamd? Hoe groot is het budget? Werd dat besproken met de bloedcollectecentra?

Werd er ook in extra budget voorzien bij de begrotingscontrole en hoeveel dan? Werd besproken met de collectoren of dat zou volstaan?

14.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le raccourcissement du délai d'exclusion de 12 à 4 mois pour le don de sang des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) impose aux centres de collecte de sang de prendre des mesures d'accompagnement.

Quel sont les coûts supplémentaires qu'ils doivent supporter en conséquence? Cet aspect a-t-il fait l'objet de discussions avec les centres? Se verront-ils attribuer un budget supplémentaire?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitster, mevrouw Gijbels, ik wil, ten eerste, verduidelijken dat de flankerende maatregel waarvan sprake inhoudt dat een individuele NAT-test wordt uitgevoerd op die mannen in plaats van de gebruikelijke gepoolde tests.

Behalve eenmalige investeringskosten van 706.914 euro in 2023 worden de kosten voor de bijkomende testen geraamd op 414.140 euro per jaar, berekend op basis van de door de bloedinstellingen verwachte 3.000 extra donoren en 6.000 plasma- en bloeddonaties. Bij de begrotingscontrole 2023 is een eenmalig bedrag van 913.984 euro voor 2023 toegekend, namelijk de investeringskosten die ik heb gemeld en de helft van de testkosten, omdat de wet pas in werking treedt op 1 juli 2023.

De bedragen zijn afgetoetst met het Rode Kruis.

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La mesure d'accompagnement consiste à soumettre ces donneurs de sang à des tests d'acide nucléique (TAN) individuels plutôt qu'aux tests groupés habituels. Cela représente un coût d'investissement unique de 709 914 euros en 2023, auquel s'ajoutent des frais annuels de 414 140 euros. Lors du contrôle budgétaire de 2023, un montant unique de 913 984 euros a été alloué. La loi n'entrera en vigueur que le 1er juillet 2023. Les montants ont été évalués avec la Croix-Rouge.

14.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ging het Rode Kruis daarmee akkoord? Ik heb immers heel andere bedragen horen circuleren.

14.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): J'ai eu connaissance de montants très différents. La Croix-Rouge a-t-elle marqué son accord?

14.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op dat precieze punt ging het Rode Kruis akkoord.

14.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Oui.

14.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, voor de NAT-tests ging het Rode Kruis waarschijnlijk akkoord. Ik weet echter dat het nog een heel aantal andere flankerende maatregelen moet nemen. Het zal ook extra artsen moeten aanwerven, omdat er een aantal gespecificeerde vragenlijsten zullen moeten worden overlopen. Het soort vragenlijsten zal ook moeten worden aangepast. Bij het Rode Kruis geven zij ook aan dat zij niet meer zoveel met mobiele collectecentra zullen kunnen werken en dat veeleer naar vaste collectecentra zal moeten worden overgegaan. Het Rode Kruis schat de kosten daarvan veeleer op 80 miljoen euro per jaar voor Vlaanderen.

Ik hoor hier nu een bedrag van nog geen miljoen euro. Ik vraag mij dan ook af in welke mate dat bedrag realistisch is en in welke mate ter zake een wet is goedgekeurd die onrealistische gevolgen heeft. Ik ben dus echt bang dat zal blijken dat een en ander onbetaalbaar zal zijn. Dat

14.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Cet accord ne portait probablement que sur le TAN, mais de nombreuses autres mesures d'accompagnement sont nécessaires, comme des médecins supplémentaires et l'adaptation des questionnaires. De même, les centres de collecte mobiles pourront nettement moins être utilisés, ce qui coûtera 80 millions d'euros supplémentaires par an à la Flandre.

Cette loi a été adoptée sans en mesurer les conséquences, ce qui

brengt niet alleen de bloedveiligheid in gevaar, maar ook de bloedvoorraad. Daarmee helpen we echt niemand vooruit.

Mijnheer de minister, ik hoop effectief dat goed wordt gesproken met de verschillende bloedcentra die voor de bloedcollectes instaan. Wij hebben een heel mooie traditie in dit land om met vrijwillige donoren te werken. Ik hoop dus dat het bestaande systeem niet zal worden teniet-gedaan door een wetsvoorstel dat niet was doorgerekend toen het werd goedgekeurd.

risque de compromettre la sécurité du sang et le stock de sang.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De begrotingscontrole en de gezondheidszorguitgaven" (55035703C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beslissingen van het begrotingsconclaaf inzake volksgezondheid" (55035792C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De begroting van Volksgezondheid na de begrotingsaanpassing" (55035933C)
15 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contrôle budgétaire et les dépenses en soins de santé" (55035703C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les décisions en matière de santé prises lors du conclave budgétaire" (55035792C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget de la Santé publique après l'ajustement budgétaire" (55035933C)

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de notificaties van de begrotingscontrole hebben mijn aandacht gewekt, zeker wat de uitgaven voor de gezondheidszorg betreft.

Wat mij daar opviel, was dat er voor de jaren 2023-2024 100 miljoen euro ingeschreven werd als onderbenutting. Het is ook merkwaardig dat er voor de geestelijke gezondheidszorg eerst 15 miljoen werd ingeschreven maar daarna weer geschrapt werd. Over de hulp aan de slachtoffers van de aardbeving in Noord-Syrië en Turkije en de financiering daarvan heb ik het met u al eerder gehad. Er wordt daarvoor eenmalig 10 miljoen euro ingeschreven. De zorgcentra na seksueel geweld ontvangen volgens de notificaties ook een bijkomende financiering.

Ik heb dus een aantal vragen.

Waarom werd er een onderbenutting in de gezondheidszorg ten belope van 200 miljoen euro op twee jaar ingeschreven? Waaraan is dat te wijten? Welke posten werden dus niet gebruikt of zullen niet worden gebruikt? Wat is de reden? Hoe rijmt u dit met het feit dat er onderbenutting is in de gezondheidszorg, terwijl er in december ook al een onderbenutting werd ingeschreven? Hoe kunt u dat zo goed inschatten?

Wat de 15 miljoen euro gekoppeld aan geestelijke gezondheidszorg betreft, had ik graag vernomen wat er wordt in- en uitgeschreven. In welk budget was er voorzien en hoeveel werd ervan uiteindelijk opgebruikt in 2022? Waarom is nu al geweten dat deze 15 miljoen euro niet zal worden gebruikt? Waarvoor waren deze middelen initieel bedoeld?

Wat betreft de noodhulp van 10 miljoen euro had ik graag vernomen of hierin ook een luik gezondheidszorg zit. Bij de eerste communicatie

15.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): À la suite des notifications du contrôle budgétaire, je souhaite poser les questions suivantes.

Pourquoi une sous-utilisation de 200 millions d'euros a-t-elle été inscrite pour 2023-2024 dans le domaine des soins de santé?

Pour les soins de santé mentale, 15 millions ont d'abord été inscrits, puis supprimés. À quoi ces fonds étaient-ils destinés et pourquoi savons-nous dès maintenant qu'ils ne seront pas utilisés?

Le montant de 10 millions d'euros pour l'aide d'urgence après les tremblements de terre en Turquie et en Syrie comprend-il un volet soins de santé?

Pour les centres de prise en charge des violences sexuelles, 3 millions d'euros supplémentaires seront alloués pour combler le déficit de financement des 10 centres. Selon le rapport d'évaluation du Fonds blouses blanches, on note un excédent de 3 millions en ce qui concerne les ETP dans ces centres.

over de noodhulp aan Syrië en Turkije werd er immers over volksgezondheid en ontwikkelingssamenwerking gecommuniceerd.

Wat de zorgcentra na seksueel geweld betreft, is er in een bijkomende financiering van 3 miljoen euro voorzien om het tekort in de financiering van de tien zorgcentra aan te pakken. Als ik echter kijk naar het evaluatierapport van het fonds voor de witte bloezen, zie ik dat daar een overschot is van 3 miljoen, wat de voltijdse equivalenten betreft die in deze zorgcentra werkzaam zijn. Graag had ik daarover dus wat verduidelijking.

Tot slot wil ik graag nog een vraag toevoegen. Ik heb de notificaties grondig gelezen en ik heb gezien dat er 170 miljoen is ingeschreven voor de covidvaccins, zowel 'in' als 'uit'. Hebt u al een verdeelsleutel afgesproken met de deelstaten?

J'aimerais obtenir des éclaircissements à ce sujet.

En ce qui concerne le montant de 170 millions d'euros pour les vaccins contre le covid, une clé de répartition a-t-elle déjà été convenue avec les entités fédérées?

15.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, je souhaite aborder quelques éléments décidés lors du conclave budgétaire de mars dernier en matière de santé:*

Tout d'abord, je lis une « sous-utilisation soins de santé: 100 millions d'euros en 2023 et 100 millions en 2024 ». Ce que vous appelez « sous-utilisation » est en fait une économie de 200 millions d'euros qui s'ajoute à ce que vous aviez annoncé lors des débats au sujet du budget 2023: « Tout comme en 2022, la sous-utilisation en 2023 est chiffrée à 120 millions d'euros; à partir de 2024, nous nous basons sur 125 millions d'euros. » Cela s'ajoute aussi à la décision de diminuer la norme de croissance pour 2024 de 2,5 à 2 % (avec pour conséquence une réduction de l'augmentation du budget d'un montant de 175 millions). Quand on connaît les besoins en santé, ces économies sont inacceptables. Pourriez-vous nous éclairer quant à ce montant de 200 millions? Quels sont les budgets concernés? Est-ce une mesure structurelle?

Ensuite, je lis une augmentation des accises sur le tabac. L'on sait que l'augmentation du prix du tabac n'a un impact réel sur la consommation que si elle est significative. La Fondation contre le Cancer plaide d'ailleurs « en faveur d'une vigoureuse augmentation du prix – 10 % – des produits du tabac, parce que cela réduira d'environ 4 % la consommation. » Vous prévoyez un montant de 34 millions de recettes en 2024 (et rien en 2023). Quelles sont les augmentations prévues? Allez-vous supprimer la différence de taxes entre les cigarettes et le tabac à rouler?

Je souhaite, enfin, avoir des précisions quant aux 2 points suivants: «soins de santé: budget économique février: 109 millions en 2023 et 0 en 2024 » et « intégrer la provision covid 2023 dans le budget INAMI: 61 millions en 2023 et 0 en 2024 ».

Je vous remercie pour votre réponse.

15.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Bij het lezen van de beslissingen van het begrotingsconclaaf, viel mijn oog op de volgende vermelding 'onderbenutting gezondheidszorg: 100 miljoen euro in 2023 en 100 miljoen euro in 2024'. Op welke budgetten heeft die onderbenutting van 200 miljoen euro betrekking? Is dat een structurele maatregel?*

Ik heb gelezen dat de accijnzen op tabak verhoogd zullen worden. Over welke verhogingen gaat het? Zult u het verschil in belastingen tussen sigaretten en roltabak wegwerken?

Ik zou willen dat u de volgende twee punten preciseert: 'gezondheidszorg: economische begroting februari: 109 miljoen euro in 2023 en 0 in 2024' en 'COVID-provisie 2023 integreren in de RIZIV-begroting: 61 miljoen in 2023 en 0 in 2024'.

15.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, tijdens de begrotingsbesprekingen van oktober 2022 werd er reeds een onderbenutting ingeschreven voor 2023 en 2024 samen van 245 miljoen euro. U hebt toen ook besloten om de groeinorm voor 2024 op 2 % te zetten in plaats van op 2,5 %. Tijdens de begrotingscontrole van twee weken geleden hebt u nog eens 100 miljoen euro onderbenutting ingeschreven voor 2023 en 100 miljoen euro voor 2024, wat het totaal van de onderbenuttingen op ongeveer een half miljard euro brengt. Dat is toch een zeer groot bedrag.

15.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Lors des discussions budgétaires d'octobre 2022, une sous-utilisation de 245 millions d'euros avait déjà été inscrite conjointement pour 2023 et 2024, à laquelle s'ajoutent désormais 100 millions d'euros pour chacune des deux années, soit un total de près d'un

Op welke basis hebt u dat beslist? Waarom hebt u beslist om die sommen in te schrijven als onderbenutting en ze niet te besteden aan een van de vele noden in de gezondheidszorg?

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Fonck, ik hoop dat u het mij niet kwalijk neemt dat ik het grootste deel van het antwoord in het Nederlands zal geven.

Waar stonden wij vóór de beslissingen die we bij de begrotingscontrole hebben genomen? Bij de opmaak van de begroting voor 2023 stelden wij een reële groeinorm voor het budget gezondheidszorg van 2,5 % voorop, ervan uitgaande dat de kredieten voor de gezondheidszorg ten belope van 120 miljoen euro zouden worden onderbenut. Ik herhaal even mijn toelichting van destijds. Het ging daarbij om een bedrag van 20 miljoen euro aan voorzieningen voor betwistingen met ziekenhuizen in het budget voor de financiële middelen van de ziekenhuizen, kredieten die wij niet zouden moeten uitgeven, een bedrag van 60 miljoen euro voor internationale verdragen, met andere woorden betalingen die wij moeten doen in het kader van de patiëntenmobiliteit en aanverwanten, waarvan wij konden vaststellen dat wij die middelen niet nodig zouden hebben, en een bedrag van 40 miljoen euro in het eigenlijke budget van de ziekteverzekering, waarbij wij ervan konden uitgaan dat wij dat niet zouden gebruiken, omdat nieuwe initiatieven niet op 1 januari zouden starten, maar in de loop van het jaar, waardoor men natuurlijk niet het volle pond uitgeeft.

Men reserveert structureel een bedrag, 40 miljoen, maar men geeft het niet meteen volledig uit. Die bedragen samen komen uit op 120 miljoen aan onbenutte kredieten in de begroting voor 2023, waarvan 40 miljoen in de begroting Gezondheidszorg en 80 miljoen daarbuiten.

Bij de begrotingscontrole 2023 hebben we de massa die samenhangt met de spilindex voor 109 miljoen verminderd, omdat het economische budget van februari 2023 een minder sterke prijsstijging aangeeft dan die waarmee initieel in de begroting rekening werd gehouden. De mindere prijsstijging betekent dat er ook minder effect is van de spilindex op de uitgaven die gekoppeld zijn aan de spilindex. Dat effect is als het ware 109 miljoen euro waard. Dat is geen onderbenutting. Dat is gewoon een aanpassing aan de correcte inflatieverwachtingen.

Daarnaast hebben we bij de begrotingscontrole beslist een onderbenutting van 100 miljoen en 15 miljoen, samen 115 miljoen, apart in te schrijven en de provisies voor de gezondheidszorguitgaven met betrekking tot corona, ten belope van 61 miljoen gezondheidszorguitgaven, wat we effectief zullen uitgeven, in de begrotingsdoelstelling in te kantelen. Ook al had ik dat engagement voor 2024 genomen, ik heb de regering gezegd dat we dat al in 2023 kunnen doen.

U zult zich afvragen of dergelijke belangrijke bedragen aan onderbenutting, namelijk 100 miljoen en 15 miljoen, dus 115 miljoen, en nog eens 61 miljoen die in de begrotingsdoelstelling wordt ingekanteld, zomaar kunnen, wat een vraag is van mevrouw Depoorter. De reden waarom wij denken dat dat kan, is dat we, jammer genoeg relatief recent, hebben vastgesteld dat de spontane groei van de uitgaven in de gezondheidszorg, dus die voor onder andere de medische consumptie, de consumptie van geneesmiddelen en die voor paramedische prestaties veel minder groot is dan we geraamd hadden.

demi-milliard d'euros.

Quel est le fondement de cette décision? Pourquoi ces moyens ne sont-ils pas consacrés aux nombreux besoins du secteur de soins?

15.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Lors de la préparation du budget 2023, nous avons fixé une norme de croissance réelle de 2,5 % pour le budget des soins de santé, en supposant une sous-utilisation s'élevant à 120 millions d'euros. Elle se compose de 20 millions d'euros pour les litiges avec les hôpitaux que nous n'aurions pas à dépenser, de 60 millions d'euros dans le cadre de la mobilité des patients, notamment, dont nous n'aurions pas besoin, et de 40 millions d'euros du budget proprement dit de l'assurance maladie que nous n'utiliserions pas parce que certaines initiatives ne commenceraient qu'au cours de l'année.

Lors du contrôle budgétaire 2023, nous avons réduit de 109 millions d'euros la masse liée à l'indice pivot. Il ne s'agit pas d'une sous-utilisation, mais d'un ajustement aux prévisions concrètes en matière d'inflation.

Une sous-utilisation de 100 et de 15 millions d'euros a été signalée lors du contrôle budgétaire. Il s'agit en fait d'un seul montant de 115 millions. Par ailleurs, les provisions pour les dépenses liées au Covid-19, à hauteur de 61 millions d'euros, sont déjà intégrées dans l'objectif budgétaire de cette année. Nous pouvons le faire, car nous avons déjà constaté en 2022 que la croissance des dépenses de soins de santé était inférieure de 399 millions d'euros aux estimations.

La sous-utilisation que nous avions initialement prévue dans l'élaboration du budget se situait largement en dehors de l'objectif budgétaire des soins de santé. Elle était simplement liée à de nouvelles initiatives qui ne sont pas directement mises en œuvre.

We hebben dat al in 2022 vastgesteld. In dat jaar is de groei van de uitgaven in verhouding tot de initiële technische raming 399 miljoen euro minder. We weten het absoluut niet met zekerheid, maar we verwachten dus min of meer een aanzienlijk minder sterke groei van de uitgaven, die ook in het jaar 2023 doorweegt.

Ik herhaal het even, collega's. U hoeft het niet eens te zijn met onze beslissingen, maar ik vind het wel belangrijk dat we de feitelijke gegevens duidelijk delen met elkaar. De onderbenutting die we initieel in de begroting hadden ingeschreven, was grotendeels buiten de begrotingsdoelstelling voor de gezondheidszorg gesitueerd, en een kleiner deel in de begrotingsdoelstelling, omdat de middelen bestemd zijn voor nieuwe initiatieven die niet onmiddellijk worden opgestart.

Bij de begrotingscontrole nu passen we de uitgaven aan, omdat de spontane volumegroei ervan minder is dan verwacht. De vraag is wat men daarmee doet. Op basis van het feit dat de basistechnische raming in verhouding tot de groei van de uitgaven overdreven was, hebben we geconcludeerd dat er sprake zal zijn van enige onderbenutting. Dat is goed voor de minister van Begroting. Het laat hopelijk ook wel toe om een aantal bijkomende initiatieven te nemen. Zo hebben we ook bij de begrotingscontrole afgesproken. Dus enerzijds is er de onderbenutting, waarvan ik de cijfers heb gegeven, en de inkanteling van de coviduitgaven, namelijk 100 miljoen plus 15 miljoen plus 61 miljoen, goed voor 176 miljoen. Tegelijkertijd hebben we alle ruimte om alle bestaande initiatieven uit te voeren en zelfs nog een paar nieuwe initiatieven te nemen. Ik heb bijvoorbeeld meteen ook afgesproken in de regering dat we eenmalig nog eens 20 miljoen extra uittrekken voor ondersteunend personeel en dat we nog eens een inspanning leveren voor bepaalde specifieke knelpunten in de financiering van gezondheidszorginstellingen, bijvoorbeeld voor instellingen die met veel gesalarieerden werken.

De praktische conclusie luidt dus dat de spontane volumegroei van de uitgaven minder is dan verwacht en dat dat niet alleen goed nieuws is voor de begroting, maar voor een deel ook toelaat om wat extra initiatief te nemen. Nog anders geformuleerd, wij moeten geen enkel gepland initiatief, geen enkele maatregel vertragen of verminderen of beperken door onze beslissing.

Misschien zullen sommige collega's opwerpen dat we toch heel wat extra geld kunnen uitgeven. Zo werkt het, eerlijk gezegd, niet. Men kan niet zomaar geld beginnen uit te geven. Ik denk ook niet dat we daartoe op dit moment hadden moeten beslissen. We horen ook wel met z'n allen dat we in een niet zo eenvoudige budgettaire situatie zitten. Als de spontane volumegroei minder is, denk ik niet dat men dat meteen voor honderd procent moet omzetten in allerlei nieuwe initiatieven en nieuwe uitgaven.

Men kan dat wel voor een deel doen, maar niet volledig. Het deel dat men niet omzet, komt ten goede aan de begroting via de onderbenutting die men belooft. Dat is de analyse waarbij het belangrijkste gegeven is dat we voor het jaar 2022 vaststellen dat de spontane groei 399 miljoen lager ligt dan de technische raming, zelfs als men daarbij rekening houdt met al beloofde onderbenutting.

Mevrouw Depoorter, er is 15 miljoen euro overgeheveld naar het budget financiële middelen (BFM) van de ziekenhuizen. Op 18 mei heb ik

Lors du contrôle budgétaire, nous procédons à un ajustement pour tenir compte du fait que la croissance spontanée des dépenses en volume est moins importante que prévu. Nous espérons que cet ajustement permettra également de lancer de nouvelles initiatives. En réalité, nous nous y sommes engagés lors du contrôle budgétaire. En effet, la sous-utilisation et l'intégration des dépenses liées au covid s'élèvent à 176 millions d'euros. Il a été convenu au sein du gouvernement que nous allouerions 20 millions d'euros supplémentaires au personnel de soutien à titre unique et que nous ferions encore une fois un effort supplémentaire pour résoudre certains problèmes spécifiques dans le financement des institutions de soins de santé comptant de nombreux salariés.

Aucune initiative prévue ne devra être retardée ou réduite à cause de cette décision. Nous nous trouvons dans une situation budgétaire difficile. Il ne faut donc pas convertir immédiatement 100 % d'une croissance spontanée plus faible en volume en toutes sortes de nouvelles initiatives et de nouvelles dépenses.

Un montant de 15 millions d'euros a été transféré au budget des moyens financiers (BMF) des hôpitaux. Le 18 mai 2022, j'ai lancé un appel à projets en vue de la création d'un plus grand nombre de services *high and intensive care* (HIC). Nous passerons de 9 à 28 services HIC. L'objectif est d'entamer la réalisation de ces projets dans le courant de l'année 2023. Leur financement sera imputé dans le BMF de juillet 2023.

Un financement est également prévu pour la recherche scientifique actuellement menée par le groupe de recherche Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg de la KU Leuven. Rien n'a été supprimé.

een projectoproep gelanceerd voor de creatie van meer high and intensive care-afdelingen (HIC). Dat gaat over een betere en humanere opvang. Het is de bedoeling dat men binnen elk netwerk geestelijke gezondheidszorg binnen een crisiszorgtraject minstens één HIC heeft. We gaan van 9 naar 28 HIC-diensten. Het is de bedoeling dat dat in de loop van dit jaar wordt opgestart. Eind vorig jaar werd nog alles op alles gezet om projecten die in 2022 opstartten op basis van de actieve vacatures en aanwervingen van personeel in het kader van deze derde oproep een proportionele financiering te bezorgen in het budget financiële middelen van januari 2023.

Een groot deel van de goedgekeurde projecten zijn al in het laatste trimester van 2022 opgestart en de overige worden operationeel in de loop van dit jaar. De financiering van al die projecten zal worden verrekend in het BFM van juli 2023. Daarnaast is er ook in financiering voorzien voor wetenschappelijk onderzoek dat momenteel wordt uitgevoerd door de onderzoeksgroep Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg KU Leuven. Voor alle goedgekeurde projecten is er het engagement om deel te nemen aan deze wetenschappelijke opvolging. Dat is het verhaal van die 15 miljoen euro. Daarvoor werd dus gelukkig niets geschrapt en het is ook een bevestiging van het feit dat we doorgaan met de HIC.

Mevrouw Depoorter, u hebt een vraag gesteld over de 10 miljoen euro noodhulp. Ik wil daarop een heel concreet en uitvoerig antwoord geven, maar ik kan u dat ook gewoon schriftelijk bezorgen. Het gaat over het Emergency Medical Team type 2-veldhospitaal van B-FAST dat we in Turkije hebben opgezet. Ik kan u het detail van dat budget geven, van de reden waarom dat op 10 miljoen werd gebudgetteerd, maar ik zal dat schriftelijk doen. Voor het opzetten van dat hospitaal werd 10 miljoen gebudgetteerd, maar het zal iets minder zijn. Een andere zaak is dat we, als we dat veldhospitaal operationeel willen houden – wat onze ambitie nu is – ook een aantal recurrente jaarlijkse kosten hebben, onder andere voor opslag, onderhoud, medicatie en verbruiksgoederen, overhead en een deel personeel.

Ik kan dat allemaal detailleren, onder meer hoe het team eruitziet dat daarmee bezig is en wat die kosten zijn. Het komt uit op ruim 1 miljoen euro aan recurrente kosten.

Mevrouw de voorzitster, ik stel voor dat ik de gedetailleerde uitleg daarover schriftelijk doorgeef.

Ik wil daarbij ook het belang onderstrepen van het interdisciplinaire karakter van B-FAST en de multifunctionele inzet van die equipe. Dat vraagt heel wat opleiding, training en inoefening. Dat is een sterkte van het verhaal, maar het betekent ook dat wij daarbij verschillende departementen moeten betrekken en betrokken moeten blijven houden. Ook moet er worden samengewerkt met internationale instanties. Uw vraag verwijst naar de eenmalige kosten voor de operatie in Turkije, maar ook naar recurrente kosten. De details overhandig ik dus op papier.

Mevrouw Depoorter, u stelde ook een enigszins technische vraag, maar ik zal die mondeling toelichten. U vraagt hoe het zit met de zorgcentra na seksueel geweld. Welnu, er is inderdaad een tekort vastgesteld bij de begrotingscontrole. Dat tekort is ten eerste te wijten aan wat in de initiële begroting voor 2023 zat versus wat uitgetrokken werd in het Zorgpersoneelsfonds, en ten tweede aan aanpassingen aan de functies van arts, medisch verantwoordelijke en administratief deskun-

Les 10 millions d'euros d'aide d'urgence concernent l'hôpital de campagne Emergency Medical Team de type 2 de B-FAST que nous avons mis en place en Turquie. J'en fournirai les détails par écrit.

Le caractère interdisciplinaire de B-FAST exige des formations intenses et l'implication de différents départements. C'est néanmoins ce qui fait sa force. Nous devons également coopérer avec des autorités internationales.

Lors du contrôle budgétaire, un déficit a en effet été constaté pour les centres de prise en charge des violences sexuelles. Cela s'explique par la différence entre le budget initial pour 2023 et les provisions allouées au Fonds blouses blanches, ainsi que par les modifications apportées aux fonctions de médecin, de responsable médical et d'expert administratif dans les centres de prise en charge des violences sexuelles. Le budget prévu pour le personnel de ces centres était de 12,9 millions d'euros, alors qu'il était convenu que le SPF Santé publique prendrait en charge l'intégralité des frais de personnel par le biais du Fonds blouses blanches. Toutefois, ce fonds ne prévoyait qu'un montant non indexé de 11,7 millions d'euros, entraînant un déficit que nous devons à présent combler.

En réponse à l'augmentation du volume de travail, qui est due principalement à la hausse du nombre de signalements de victimes de violence sexuelle, des modifications ont également été apportées dans le domaine du personnel pour que toutes les missions puissent être assurées. Ces changements ont également entraîné une hausse du budget.

Je déplore qu'il n'y ait toujours pas d'accord avec les entités fédérées sur les vaccins contre le Covid-19, mais il faut évidemment être deux pour danser le tango. Le gouvernement fédéral a néanmoins formulé une proposition tout à fait équitable. J'espère que nous finirons

dige in de zorgcentra na seksueel geweld. In de begroting, goedgekeurd door de ministerraad in 2022, werd voor 2023 in een personeelsbudget voor die centra voorzien van 12,9 miljoen euro. In 2021 werd overeengekomen dat de personeelskosten voor het zorgpersoneel volledig ten laste zouden worden genomen door de FOD Volksgezondheid via het Zorgpersoneelsfonds. Het Zorgpersoneelsfonds voorzag echter maar in 11,7 miljoen euro en dat bedrag was tevens niet geïndexeerd. Het was louter een nominaal bedrag van 11,7 miljoen euro. We zitten dus, op basis van het aanvankelijke plan voor de zorgcentra na seksueel geweld, met een tekort en dat vullen we nu aan, boven op wat in het Zorgpersoneelsfonds zit.

Dan is er het tweede element. Als gevolg van het toenemende werkvolume, voornamelijk door een toename van het aantal aanmeldingen van slachtoffers van seksueel geweld, zijn er ook aanpassingen doorgevoerd in het personeel. Het aantal VTE's voor de artsen/medische verantwoordelijken, dat betreft de medisch coördinator in elk zorgcentrum, en de IFIC van de administratief deskundigen werd opgeschaald om tegemoet te komen aan de taken van die deskundigen in de praktijk en in elk zorgcentrum. Dat drijft ook het budget een beetje op.

Mevrouw Depoorter, nog steeds hebt u vragen over ons akkoord met de deelstaten. Dat is er nog steeds niet. Ik betreur dat, maar men moet natuurlijk met meerderen zijn om te dansen. Met andere woorden, ik hoop nog altijd dat we een akkoord bereiken over de verdeling van de kosten voor de campagnes die gevoerd zijn. De federale overheid heeft een zeer billijk voorstel gedaan. Als men het daar evenwel niet mee eens is, is men het er niet mee eens.

Madame Fonck, je crois que vous avez aussi posé une question sur les mesures relatives au tabac. Est-ce correct?

15.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Oui.

15.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je crois que la question du prix des produits à base de tabac est un élément majeur de lutte contre la consommation de ces produits. C'est la raison pour laquelle la question du prix et de l'augmentation des accises sur le tabac est intégrée dans la stratégie interfédérale pour une génération sans tabac, adoptée en décembre dernier.

Nous pouvons notamment y lire que l'objectif 2.1 de cette stratégie est l'augmentation des accises sur les produits à base de tabac et sur les produits à fumer à base de plantes, avec comme action détaillée que les droits d'accises sur les cigarettes et autres tabacs manufacturés seront augmentés chaque année. L'objectif est de parvenir à terme à un prix au détail minimal de 10 euros pour un paquet de 20 cigarettes.

L'objectif 2.2 vise quant à lui l'alignement des accises appliquées au tabac à rouler sur celles appliquées aux cigarettes. Il y est précisé que les taux d'accises sur le tabac à rouler seront progressivement alignés sur les taux d'accises sur les cigarettes. Concrètement, ceci implique que lors des augmentations des taux d'accises, les taux sur le tabac à rouler seront proportionnellement plus élevés que l'augmentation des taux d'accises sur les cigarettes.

Nous avons donc pris des décisions dans ce sens, qui entrent évidemment aussi en ligne de compte pour le contrôle du budget. Mais comme c'est une compétence de mon collègue M. Vincent Van Peteghem, je vous invite à l'interroger sur les détails techniques et pratiques de ce par parvenir malgré tout à un accord.

15.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: De prijs van tabaksproducten is een belangrijk onderdeel van de strijd tegen roken. De verhoging van de accijnzen op tabak maakt deel uit van de interfederale strategie voor een rookvrije generatie.

Doelstelling 2.1 van die strategie is een verhoging van de accijnzen op producten op basis van tabak en voor roken bestemde kruidenproducten. De accijnzen zullen elk jaar worden verhoogd. Het is de bedoeling om tot een minimale kleinhandelsprijs van 10 euro te komen voor een pakje van 20 sigaretten.

Doelstelling 2.2 strekt ertoe de accijnzen op roltabak af te stemmen op de accijnzen op sigaretten. Die afstemming zal geleidelijk gebeuren. Als er een accijnsverhoging wordt doorgevoerd, zullen de ac-

dossier.

15.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het was een duidelijk antwoord, mijnheer de minister. Ik begrijp natuurlijk dat u, als er een onderbenutting is, die middelen niet meteen uitgeeft. Uitvoeren wat in het regeerakkoord staat, zou echter wel een ambitie kunnen zijn. U zou bijvoorbeeld de werven rond innoverende geneesmiddelen kunnen aanpakken.

Ik vraag u al drie of vier jaar hoe het zit met die hervorming. Hebben onze patiënten nu sneller toegang tot innovatie? Neen. Hebben onze patiënten meer toegang tot weesgeneesmiddelen of weestherapieën zoals bij kanker? Neen, ook dat is niet het geval. Zijn de wachtlijsten binnen de geestelijke gezondheidszorg echt aangepakt? Niet optimaal. Daar is wel al een en ander gebeurd, maar de middelen hadden daaraan kunnen worden besteed. Ik denk dat u het daarmee eens bent.

Wat de 15 miljoen voor de high intensive care op de geestelijke gezondheidszorg betreft, dat begrijp ik wel.

Wat de covidprovisie betreft, de 61 miljoen waarvan u zegt dat die via het RIZIV besteed zullen worden zoals voorzien in 2024, blijf ik erbij dat uw begroting op los zand gebaseerd is. U hebt immers geen akkoord met de deelstaten over de behandeling en de vaccins. Men moet met twee zijn om te dansen, maar als de ene in een andere richting gaat dan de andere, kan men nooit tot een mooi danspasje komen, mijnheer de minister.

U hebt nu 170 miljoen euro ingeschreven als kosten en 170 miljoen als ontvangsten. U gaat er dan toch van uit dat de deelstaten de volledige prijs van de vaccins zullen betalen. Ik had begrepen dat er andere afspraken waren, maar dat zult u dan aan de tafel met de collega's van de deelstaten bespreken.

Ik heb nog een bijvraag over de noodhulp. U zegt dat het veldhospitaal aan Turkije geschonken werd. Ik begrijp dan niet wat de recurrente kosten voor dit jaar nog verder inhouden. Misschien moeten we daarop op een ander moment terugkomen.

15.08 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, on peut appeler les choses et leur donner un bel emballage. C'est drôle, parce que par rapport à cela, vous avez à la fois le même vocabulaire et la même technique que la ministre De Block. Vous faites donc un certain nombre de sous-utilisations qui pour nous sont clairement des emballages d'économies. Et vous avez d'ailleurs fait le choix de renflouer le Trésor, alors même – et c'est là que le bât blesse – qu'il y a des urgences cruciales voire vitales pour un certain nombre d'entre elles. Je pense singulièrement à la pénurie de soignants et à l'importance d'un

cijnstarieven voor roltabak proportioneel meer stijgen dan de accijnstarieven op sigaretten.

Wij hebben beslissingen in die zin genomen. Aangezien dit onder de bevoegdheid van minister Vincent Van Peteghem valt, verzoek ik u hem daarover te ondervragen.

15.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Je comprends que le ministre n'affecte pas immédiatement les moyens issus d'une sous-utilisation à un autre poste, mais ces montants pourraient lui permettre de mettre en œuvre l'accord de gouvernement, par exemple en s'attaquant aux chantiers en matière de médicaments innovants. Quand nos patients bénéficieront-ils enfin d'un accès plus rapide à des médicaments et des médicaments orphelins innovants, et à des thérapies orphelines innovantes? Quand les listes d'attente pour accéder aux soins de santé mentale seront-elles résorbées?

Je maintiens que la provision covid repose sur une base instable. En effet, aucun accord n'a été conclu avec les entités fédérées sur le traitement et les vaccins. Il faut être deux pour danser le tango, mais si les deux partenaires ne vont pas dans la même direction, cela ne peut pas fonctionner. Le ministre a inscrit 170 millions d'euros de coûts et un même montant pour les recettes, ce qui signifie qu'il part bel et bien du principe que les entités fédérées paieront les vaccins au prix plein.

L'hôpital de campagne a été offert à la Turquie. Quels autres postes les coûts récurrents couvrent-ils pour cette année?

15.08 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U kunt de onderbenuttingen dan wel fraai verpakken, maar het zijn besparingen. U laat geld terugvloeien naar de Schatkist, terwijl er vitale noden zijn, en dan denk ik vooral aan het tekort aan zorgpersoneel. Bijgevolg moet er een plan uitgewerkt worden om de zorgberoepen aantrekkelijker te

plan d'attractivité, en priorité pour les infirmiers. C'est extrêmement urgent. Cela a un impact direct sur les patients et sur la qualité des soins. On garde aujourd'hui un nombre de lits hospitaliers fermés, on a un report de soins qui n'est toujours pas rattrapé après le covid et on a un report de soins propre à maintenant, tout ça à cause de cette pénurie. C'est un vrai problème.

Nous pouvons également parler de la situation au niveau des hôpitaux ou encore d'autres annonces qui ont été faites mais pas encore concrétisées à ce jour sur les soins bucco-dentaires, sur les appareils auditifs, sur l'accès à certains médicaments innovants alors que les autres pays qui nous entourent les remboursent déjà.

Par ailleurs, il faut ajouter à cela que sur ces deux dernières années, vous avez également réalisé d'autres économies dans le secteur des soins de santé pour un *ReUse* que vous présentez comme de nouvelles initiatives. Je rajoute le fait que pour 2024, la norme de croissance baissée à 2 % – en gros, cela représente encore 169 millions complémentaires – rend improbable la possibilité d'une marge budgétaire, puisque les 2 % du budget seront largement absorbés par l'augmentation structurelle des besoins en soins de la population à politique constante. Ce n'est pas moi qui le dis, on connaît la planification, la ventilation et les projections au niveau du Bureau du Plan.

Les choix que vous faites me posent donc un vrai problème. Il ne s'agit pas de sous-utilisations, il s'agit de choix. Et pas des choix qui vous sont imposés par les autres partis de la Vivaldi mais des choix d'économies, y compris pour renflouer le budget de l'État, que vous proposez vous-même en tant que ministre de la Santé. Je trouve que c'est extrêmement interpellant. S'il n'y avait pas des urgences vitales, je pourrais l'entendre mais nous avons aujourd'hui des urgences vitales. J'ose espérer qu'en la matière, l'hémorragie va cesser à partir de maintenant.

maken, want het tekort impliceert dat er ziekenhuisbedden worden gesloten, dat de kwaliteit van de zorg vermindert en dat het probleem van de uitgestelde zorg door de coronapandemie nog altijd niet is opgelost. Andere beleidsmaatregelen die werden aangekondigd werden niet uitgevoerd, onder meer op het stuk van de mond- en tandzorg, de hoorapparaten en de toegang tot innoverende geneesmiddelen.

De voorbije twee jaar hebt u bovendien andere zorgbudgetten teruggeschroefd door een en ander te presenteren als nieuwe initiatieven. In 2024 zal het door de verlaging van de groeinorm tot 2 %, die een bijkomend budget van 169 miljoen impliceert, weinig waarschijnlijk zijn dat er voldoende budgettaire ruimte is, want die zal bij ongewijzigd beleid opgeslorpt worden door de structurele toename van de zorgbehoeften.

15.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt uitgelegd dat er vorig jaar ongeveer 400 miljoen euro minder is uitgegeven dan voorzien. Op zich is dat een vrij verontrustend gegeven. Kunt u daarover meer details verstrekken? Waarom liggen de uitgaven zoveel lager ten opzichte van de technische raming? Een van de fenomenen op het terrein, waarover ook enquêtes zijn gepubliceerd, is het probleem van het zorguitstel. De burgers hebben de energiecrisis, de Oekraïnecrisis en de covidcrisis meegemaakt. Ook was de inflatie de laatste maanden van 2022 zeer hoog. Is er dan geen echt probleem van zorguitstel?

Het is vrij gemakkelijk om gewoon te stellen dat er minder is besteed, waardoor we eindelijk de begroting op orde krijgen en een steentje kunnen bijdragen aan een beter rapport voor de EU. We moeten er echter over nadenken waarom er 400 miljoen euro minder is uitgegeven. Kampen we niet met een ernstig probleem van zorguitstel?

Er zijn echter urgenties. U verklaart dat u dat geld niet gewoon aan iets anders zult uitgeven, hoewel de begrotingsaanpassing toch een moment is om na te gaan welke extra initiatieven er kunnen worden genomen. Andere commissieleden hebben er al een groot aantal vermeld. Er is nog altijd de vraag van het zorgpersoneel, onder anderen van de verpleegkundigen, dat helemaal niet tevreden was over IFIC. U had daarvoor misschien een extra inspanning kunnen leveren. Ik denk ook aan de honoraria van de logopedisten en de kinesitherapeuten, de

15.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Comment le ministre explique-t-il que, pour l'année dernière, les dépenses sont inférieures de 400 millions d'euros au budget prévu? Cela pourrait-il s'expliquer par le report de soins de santé en raison de la crise énergétique et de l'inflation élevée? Ce serait tout de même préoccupant.

Pourquoi ces fonds ne peuvent-ils pas être alloués à d'autres initiatives urgentes dans le cadre de l'ajustement budgétaire? Le personnel soignant demande constamment de renforcer l'attractivité de la profession infirmière, les orthophonistes et les kinésithérapeutes réclament l'adaptation de leurs honoraires, les factures d'énergie des hôpitaux flambent et un rapport de l'OMS indique que de nombreux Belges font face à des dépenses exorbitantes en matière de soins de santé. Il était tout de

energiekosten in de ziekenhuizen en in het algemeen het WHO-rapport, waaruit nogmaals bleek hoeveel Belgen catastrofale gezondheidsuitgaven hebben. Daarvoor zijn initiatieven mogelijk geweest, zoals ons wetsvoorstel (…) naar de huisartsen, dat in dat kader slechts een luttele 150 miljoen euro op jaarbasis kostte.

même possible d'intervenir dans tous ces domaines, non? Ainsi, notre proposition de loi visant à instaurer la gratuité des consultations chez le médecin généraliste ne coûterait que 150 millions d'euros sur une base annuelle.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De basisverpleegkundige" (55035733C)
16 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le personnel infirmier de base" (55035733C)

16.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Tijdens de ministerraad van 24/03 werd een voorontwerp van wet goedgekeurd dat twee nieuwe titels van zorgverleners toevoegt in de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Wie in Vlaanderen voor de HBO5-opleiding Verpleegkunde van drie jaar slaagt, zou de titel 'basisverpleegkundige' krijgen.*

De Belgische Federatie HBO Verpleegkundigen heeft bedenkingen bij deze 'basisverpleegkundige': "De duurzaamheid van dit nieuwe profiel zal sterk afhangen van de inzetbaarheid. Het is van cruciaal belang dat de 'basisverpleegkundige' even breed inzetbaar blijft als de huidige HBO5-verpleegkundige. Er moet voldoende autonomie voor dit profiel zijn en een hiërarchie moet absoluut worden vermeden. Deze 'basisverpleegkundige' zal de autonomie die er nu is, vermoedelijk niet krijgen. In veel situaties zal er onder toezicht van een bachelor gewerkt worden. O.a. in de WZC, thuiszorg en geestelijke gezondheid is de kans groot dat dit structurele en kwalitatieve problemen veroorzaakt."

Wie zijn de leden van de taskforce "Zorg & Gezondheid"? Zijn hier vertegenwoordigers vanuit de beroepsorganisatie HBO5-verpleegkundigen? Zo ja, wie zijn dat dan?

Is de basisverpleegkundige (in het Frans zelfs hulpverpleegkundige) nog een volwaardige verpleegkundige die zelfstandig en autonoom de taken kan uitoefenen die een HBO5-verpleegkundige vandaag kan? Hoe ziet u de taakafbakening voor de basisverpleegkundige?

Verwacht de minister niet meer problemen indien een basisverpleegkundige minder taken zelfstandig kan uitvoeren?

Klopt het dat een aantal verpleegkundige taken in de thuiszorg niet meer rechtstreeks zullen kunnen worden uitgevoerd door basisverpleegkundigen? Werd hierover overleg gepleegd met vertegenwoordigers van thuisverpleegkunde? Hoe zal u voldoende capaciteit voorzien indien bepaalde taken niet meer mogen uitgevoerd worden door HBO5-verpleegkundigen of basisverpleegkundigen?

Zijn HBO5-verpleegkundigen vertegenwoordigd in de Federale Raad voor Verpleegkunde evenredig met het aantal werkzaam in de zorg?

Heeft u kennisgenomen van het feit dat de benaming 'basisverpleegkundige' door veel verpleegkundigen en studenten als bijzonder negatief ervaren wordt?

16.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *La* Belgische Federatie van HBO Verpleegkundigen *(BFHBOV, fédération belge des infirmiers HBO) formule des réserves quant à l'ajout prévu du titre "d'infirmier de base" dans la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Elle craint des problèmes structurels et qualitatifs si l'infirmier de base se voit accorder moins d'autonomie et doit travailler sous la supervision d'un titulaire de bachelier. Des représentants de l'organisation professionnelle font-ils partie du groupe de travail Soins & Santé? Comment le ministre conçoit-il la délimitation des tâches de l'infirmier de base? Est-il exact qu'il ne sera plus autorisé à effectuer certaines tâches infirmières des soins à domicile? Comment la capacité nécessaire sera-t-elle assurée? Le ministre se rend-il compte que le terme "infirmier de base" est perçu négativement?*

Selon la BFHBOV, il est possible de rendre la formation HBO5 conforme aux normes européennes et l'Europe n'impose pas l'obligation de passer par la structure du bachelier. Quelle est la position du ministre?

Wat is de mening van de minister over de volgende stelling van de BFHBOV: "We zijn de mening toegedaan dat de oplossing om aan de Europese richtlijnen te voldoen bij de ministers van Onderwijs ligt. Mits enige aanpassingen is het perfect mogelijk om de HBO 5-opleiding Euroconform te maken. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat volgens de Europese wetgeving, de verpleegkundige opleiding niet enkel via de bachelor structuur dient te gebeuren."

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, wat uw eerste vraag betreft, de permanente leden van de taskforce Zorg en Gezondheid waren deskundigen uit de ziekenhuissector en de sector van de woonzorgcentra uit de drie gewesten, vertegenwoordigers van het middelbaar beroepsonderwijs, het onderwijs voor sociale promotie en het hoger onderwijs uit de drie gemeenschappen, vertegenwoordigers van de erkenningscommissies en vertegenwoordigers van de drie taalkamers van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België. De werkgroep werd aangestuurd door een comité waarin vertegenwoordigers van de kabinetten Gezondheid en Onderwijs zetelden, met vertegenwoordigers van het federale kabinet Volksgezondheid. Tijdens de eerste vergadering van de taskforce werd de voorzitter van de Belgische Federatie HBO-verpleegkundigen, BFHBOV, uitvoerig gehoord door de werkgroep. Dat gaf de Federatie de gelegenheid haar standpunten kenbaar te maken.

Wat uw tweede vraag betreft, de basisverpleegkundige zal een verpleegkundige zijn, maar geen verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg. De opleiding van de basisverpleegkundige zal namelijk niet voldoen aan de Europese eisen voor de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, wat de benaming zal zijn voor de euromobiele verpleegkundige. In minder complexe situaties zal de basisverpleegkundige autonoom de verpleegkunde kunnen uitoefenen, in complexere situaties werkt de basisverpleegkundige in teamverband, in samenspraak met de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg, of met de arts wanneer de verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg geen deel uitmaakt van het zorgteam.

Wat uw derde vraag betreft, momenteel wordt de laatste hand gelegd aan de lijst van activiteiten die de basisverpleegkundige zal kunnen uitvoeren. De lijst werd opgesteld op basis van het advies van de technische commissie voor de verpleegkunde. Tijdens de besprekingen binnen de regering werd een beperkt aantal aanpassingen aangebracht, met instemming van de voorzitter van de technische commissie verpleegkunde. Er werden geen specifieke contexten vastgesteld. De basisverpleegkundigen kunnen overal worden ingezet, wat ik zelf wel belangrijk vind. Ze zullen zelfstandig zijn in minder complexe situaties en samenwerken met de algemeen verpleegkundige of arts in complexere situaties.

Wat uw vierde vraag betreft, de activiteiten die voor de verantwoordelijke algemeen verpleegkundigen zullen worden voorbehouden, zullen voornamelijk de activiteiten zijn die in hypergespecialiseerde diensten voorkomen. De keuzes die gemaakt werden met betrekking tot de lijst van handelingen die door de basisverpleegkundigen zullen kunnen worden uitgevoerd, werden gemaakt in het licht van de garantie van de kwaliteit van de zorg. Ik wil er ook aan herinneren dat de huidige HBO5-verpleegkundigen hun verworven rechten zullen behouden en verpleegkundige activiteiten zullen kunnen blijven uitvoeren onder dezelfde voorwaarden als nu het geval is. Dat is ook wel een belangrijk punt.

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les membres permanents de la *task force* Soins & Santé étaient des experts du secteur hospitalier et du secteur des maisons de repos et de soins, des représentants de l'enseignement, des représentants des commissions d'agrément et des représentants de l'Union Générale des Infirmiers de Belgique. Le président de la BFHBOV a été entendu longuement lors de la première réunion.

L'assistant en soins infirmiers n'est pas responsable de soins généraux. Il pourra effectuer des soins infirmiers de manière autonome dans des situations moins complexes. Dans des situations plus complexes, il travaillera en collaboration avec l'infirmier responsable des soins généraux ou le médecin. La liste des activités que l'assistant en soins infirmiers pourra exercer est en cours de finalisation. Cette liste a été établie sur la base de l'avis de la Commission Technique de l'Art Infirmier. La nécessité de garantir la qualité des soins a été prise en compte. Les assistants en soins infirmiers pourront être déployés partout. Les activités dans les services hyperspécialisés seront réservées aux infirmiers généraux. Les infirmiers HBO5 actuels pourront continuer d'exercer des activités infirmières aux mêmes conditions qu'à l'heure actuelle.

Actuellement, les infirmiers brevetés (HBO5) portent le même titre et ont la même liste d'activités que les infirmiers titulaires d'un bachelier. Aucune distinction n'est opérée dans la législation ni dans la composition du Conseil fédéral. La composition du Conseil fédéral devra être revue en tenant compte des différentes fonctions au sein des soins infirmiers.

Wat uw vijfde vraag betreft, de huidige HBO5-verpleegkundigen hebben dezelfde titel en dezelfde lijst van activiteiten als de verpleegkundigen met een bachelordiploma. Er wordt dus geen onderscheid tussen hen gemaakt in de wetgeving en evenmin in de samenstelling van de Federale Raad. De HBO5-verpleegkundigen en de gebrevetteerde verpleegkundigen binnen de Federale Raad werden niet gerekruteerd op basis van hun opleiding. Ter informatie, de voorzitter van de BFHBOV is effectief lid van de Federale Raad. Met het oog op de toekomst zal de samenstelling van de Federale Raad herbekeken moeten worden in het licht van de verschillende functies binnen de verpleegkunde.

Les avis divergent quant à l'appellation choisie. "Personnel infirmier de base" a été choisi en concertation avec les représentants des communautés et des régions et un consensus politique a été trouvé sur ce point.

Wat uw zesde vraag betreft, ik heb daar inderdaad kennis van genomen. Tegelijk heb ik ook kennisgenomen van de tegenovergestelde mening. In aanloop naar het wetsontwerp is er eindeloos gediscussieerd over die benaming. Op een gegeven moment moet er een beslissing worden genomen. De benaming basisverpleegkundige werd gekozen in overleg met de vertegenwoordigers van de gemeenschappen en de gewesten en er werd een politieke consensus over bereikt.

La Communauté flamande a choisi de ne pas modifier le cursus de la formation HBO5, qui ne correspondait plus aux exigences européennes. Il s'agit effectivement en l'occurrence d'une compétence des communautés.

Wat uw zevende vraag betreft, de Vlaamse Gemeenschap heeft ervoor gekozen om het curriculum van de HBO5-opleiding, dat niet meer in overeenstemming was met de Europese eisen, niet aan te passen. Dergelijke keuzes worden gemaakt op het niveau van de gemeenschappen en vallen derhalve niet onder de federale bevoegdheid.

16.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoorden. Sommige daarvan verbazen mij wel enigszins. De BFHBOV is vertegenwoordigd in de Federale Raad, maar is niet echt gelukkig met uw intentie om een nieuwe sport van de zorgladder, die van de basisverpleegkundigen, door te drukken. Volgens mijn informatie heeft de BFHBOV andere voorstellen gedaan, die minder impact zouden hebben op de opleiding zelf en op degenen die ze volgen, maar ook op het feit dat we snoeien in onze verpleegkundigen, die broodnodig zijn en waarvan we er al heel wat te kort hebben. Hun zorg is dat er door uw maneuver mensen zullen afhaken en we nog minder verpleegkundigen zullen hebben.

16.03 **Dominiek Sneppe** (VB): La BFHBOV craint que cette mesure ne freine davantage l'afflux de nouveaux infirmiers, alors que la pénurie est déjà considérable. Cela aura un impact sur le secteur des soins à domicile, où au moins 60 % du personnel possède une formation HBO5. Le fait que, contrairement aux personnes déjà diplômées, les nouveaux diplômés ne puissent plus exécuter toutes les tâches ne me semble pas une situation idéale. Selon la BFHBOV, il pourrait s'agir de mesures d'économie. En effet, l'IFIC tient compte de la responsabilité afférente à la fonction. Quelles tâches sont jugées complexes et lesquelles ne le sont pas? Cet élément est-il inscrit dans la loi, en réalité?

De HBO5'ers die nu in het werkveld staan, mogen hun statuut behouden en blijven dus verpleegkundigen. Zal dat ook niet zorgen voor een tweedeling? Zij mogen wel alle verpleegkundige taken blijven uitvoeren, de nieuwe lichting zal dat niet mogen. Dat lijkt me geen ideale situatie.

De BFHBOV verdenkt u ervan deze maatregel als platte besparingsmaatregel te benutten. Het IFIC werkt namelijk op basis van verantwoordelijkheid en zo'n basisverpleegkundige zal minder verantwoordelijkheid krijgen. Niet-complexe taken zullen ze nog zelfstandig mogen uitvoeren, maar complexe taken niet meer. De vraag is ook welke taken complex zijn en welke niet. Staat dat in de wet? Dat moet ik misschien nog eens opzoeken.

De organisatie van de opleiding is inderdaad een deelstaatbevoegdheid. Het is jammer dat Vlaanderen daar geen stappen in ondernomen heeft, maar daar kunt u natuurlijk weinig aan doen.

Het lijkt ons ook een degradatie te zijn van ongeveer 40 % van de verpleegkundigen. Verder is 60 % van de thuisverpleegkundigen HBO5. We vrezen dat de instroom daardoor zal verminderen en dat zal onze zorg zeker niet ten goede komen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De winsten van het federale testplatform" (55035739C)
17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les bénéfices de la plateforme fédérale de dépistage" (55035739C)

17.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het RIZIV heeft recent een rapport uitgebracht over zijn onderzoek naar de werking en de kostprijs van het federale testplatform, dat werd opgericht tijdens de covidcrisis. Namens mijn fractie was ik al langer vragende partij voor dat onderzoek.

Het was al bekend dat het platform zwaar overgefinancierd werd. Dat wordt nu ook aangetoond. Ook blijkt nu duidelijk dat er geen afspraken werden gemaakt over de terugbetaling of over de besteding van de gerealiseerde winsten. Eerder gaf u aan dat de winsten werden gebruikt voor de ziekenhuiswerking, maar dat blijkt niet altijd zo geweest te zijn.

Wist u dat er geen afspraken bestonden over een eventuele overfinanciering en over de bestemming van die middelen? Wat zal er gebeuren met de middelen die niet zijn aangewend door het testplatform?

Hoe kan het dat de overschotten niet meer getraceerd kunnen worden, zoals enkele laboratoria aangeven? Zult u eisen dat er ter zake alsnog duidelijkheid komt?

Sommige laboratoria hebben de winsten aangewend voor onderzoeksprojecten. Zullen er gevolgen zijn, bijvoorbeeld door een korting op toekomstige onderzoeksprojecten? Voor de laboratoria die aangeven dat de winsten gebruikt zijn voor de ziekenhuisfinanciering, zullen die bedragen in mindering worden gebracht van toekomstige financiering?

Vindt u het kunnen dat middelen die zijn uitgetrokken voor crisisbeleid, aangewend zijn voor heel andere doeleinden?

Klopt het dat er aan de ULB een overschot was van 9,5 miljoen euro? Dat bedrag zou integraal zijn besteed aan het European Plotkin Institute for Vaccinology. Wanneer werd die afspraak gemaakt en hoe ziet de verdere financiering eruit?

De Commissie voor Klinische Biologie formuleerde een lange reeks aanbevelingen, waarbij vooral de rol van het FAGG erg kritisch wordt bekeken. Er had volgens de commissie een veel grotere rol moeten liggen bij Sciensano, dat instaat voor de kwaliteitscontrole van de labo's, en het Nationaal Referentiecentrum. Bovendien wordt de gebrekkige communicatie met de klinische laboratoria nog eens aangehaald. Welke concrete gevolgen zult u verbinden aan de suggesties en bemerkingen?

17.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): L'INAMI a examiné récemment le fonctionnement de la plateforme fédérale de dépistage qui a été créée durant la crise du coronavirus et les coûts y afférents. Cet examen a révélé un surfinancement élevé. En outre, aucun accord sur un remboursement ou sur l'affectation des bénéfices n'a été conclu.

Le ministre savait-il qu'il n'y avait pas d'accords à ce sujet? Qu'advient-il des moyens que la plateforme n'a pas utilisés? Le ministre exigera-t-il malgré tout la clarté à propos des surplus non tracés au sein de certains laboratoires? Les bénéfices utilisés seront-ils compensés? Le ministre estime-t-il qu'il est acceptable que des moyens destinés à la gestion de crise aient été utilisés à de tout autres fins? Est-il exact que l'ULB a enregistré un excédent de 9,5 millions d'euros? Ce montant aurait été affecté intégralement à l'European Plotkin Institute for Vaccinology. Le ministre peut-il commenter cet élément?

La Commission de biologie clinique a formulé une longue série de recommandations. Quelles conséquences concrètes le ministre y associera-t-il?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: U hebt verwezen naar het onderzoek dat ik heb laten uitvoeren. Ik heb trouwens al een hele tijd geleden gezegd dat we dat moesten doen. Ik heb het RIZIV dus gelast met een grondig onderzoek, dat ook de zelfkritiek niet schuwt.

De overeenkomst tussen het RIZIV en de partners van het federaal platform werd goedgekeurd door het verzekeringscomité, waar ook alle

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'ai chargé l'INAMI de réaliser une étude approfondie. Le Comité de l'assurance a approuvé la convention entre l'INAMI et les partenaires de la plateforme fédérale. Les deux clauses de modification

stakeholders in vertegenwoordigd waren. Iedereen was daar dus ook van op de hoogte. De twee wijzigingsclausules, die er later zijn gekomen, zijn ook voorgelegd aan het verzekeringscomité.

De partners hebben inderdaad erkend dat ze geen gedetailleerde boekhouding kunnen geven voor een ziekenhuisbreed initiatief of een initiatief extra muros. Dat geldt trouwens – herinner u vroegere besprekingen over de ziekenhuizen – voor alle ziekenhuisfinancieringen. Als een ziekenhuisapotheek of een klinisch labo in een ziekenhuis winst maakt, wat zeer vaak het geval is, als een soort profitcenter, gaat dat geld in de algemene pot van het ziekenhuis. Dat is niet gekleurd. Er kan dus niet precies worden gezegd waarvoor die winst gebruikt is. Die zit namelijk in de algemene financiering van het ziekenhuis. Dat is hier ook zo. Het onderzoek van het RIZIV heeft ook getoond dat enkele partners dat geld niet hebben ingezet in het ziekenhuis, maar voor bijvoorbeeld wetenschappelijk onderzoek in de biomedische sfeer.

Voor het RIZIV zouden de contracten bij herhaling verbeterd moeten worden. Ik deel die kritische mening. Die contracten zouden zorgvuldiger opgesteld moeten worden. De middelen die werden uitbetaald, waren de middelen die op basis van de contracten overeengekomen waren. Er is met andere woorden geen invloed op andere financieringen. We zullen andere financieringen niet verminderen wegens hetgeen uitbetaald is op basis van die contracten. De bedragen werden volledig toegekend volgens de modaliteiten van de overeenkomst, die werd goedgekeurd door het verzekeringscomité. De overeenkomst bevatte geen clausules dat de middelen die werden toegekend enkel konden worden aangewend voor de kosten gerelateerd aan het federaal platform. Het is dus mogelijk dat er winsten werden geboekt, omdat de vergoeding per test hoger was dan de kosten per test. Dat was overigens ook mogelijk in de laboratoria buiten het federale platform. De vergoedingsbasis per test was immers dezelfde voor de laboratoria binnen en buiten het federale platform.

De site heeft inderdaad gerapporteerd, inzake de bevraging over de besteding van de budgetten en de verdeling van de middelen, dat er met het RIZIV geen afspraken werden gemaakt over de besteding van de middelen.

Ik heb het advies van de commissie Klinische Biologie over de rol van de laboratoria in een epidemie of pandemie aan de FOD Volksgezondheid, het KCE, het FAGG en het RIZIV bezorgd om hun reacties op het advies te krijgen. Op basis van die reacties zal ik samen met alle stakeholders bespreken welke aanbevelingen als nuttig en noodzakelijk kunnen worden beschouwd.

Daarnaast zal ook de rol van de nationale referentiecentra bij Sciensano worden geëvalueerd. De definitieve evaluatie van het federaal platform wordt in de komende maanden ook van Sciensano verwacht.

Met die elementen kan dan een ruimere analyse worden gemaakt over de operationalisering van het covidtestbeleid en de rol van de labosector en zijn organisatie in de toekomst.

ultérieures sont également passées par le Comité de l'assurance.

Les partenaires ont en effet déclaré qu'ils n'étaient pas en mesure de fournir une comptabilité détaillée pour une initiative prise à l'échelle d'un hôpital ou pour une initiative développée en dehors d'un hôpital. Il en va d'ailleurs de même pour tout ce qui concerne le financement des hôpitaux. Lorsque la pharmacie ou le laboratoire clinique d'un hôpital est bénéficiaire, cet argent disparaît dans le pot commun de l'hôpital. Il n'est donc pas possible de déterminer avec précision l'affectation de ce bénéfice. L'étude de l'INAMI a également montré que certains partenaires avaient investi ces fonds non pas dans l'hôpital, mais par exemple dans des recherches scientifiques dans le domaine biomédical.

L'INAMI estime que si le cas se présentait à nouveau, les contrats devraient être améliorés. Je partage cet avis. Les montants qui ont été payés sont ceux qui avaient été convenus dans les contrats. Il n'y a donc eu aucune influence sur d'autres financements. Nous n'allons pas réduire d'autres financements en fonction des paiements réalisés sur la base de ces contrats. La convention ne prévoyait pas de clauses imposant de n'utiliser les moyens octroyés que pour couvrir les coûts liés à la plateforme fédérale. Il est donc tout à fait possible que des bénéfices aient été réalisés. Il en va de même pour les bénéfices engrangés lorsque l'intervention par test était supérieure aux coûts. De tels bénéfices auraient bien sûr également été possibles dans les laboratoires qui ne faisaient pas partie de la plateforme fédérale.

Aucun autre accord n'a été conclu avec l'INAMI concernant l'allocation de ces moyens.

J'ai transmis l'avis de la Commission de biologie clinique concernant le rôle des laboratoires dans une épidémie ou une pandémie au

SPF Santé publique, au KCE, à l'AFMPS et à l'INAMI. Sur la base de leurs réactions, je discuterai avec toutes les parties prenantes des recommandations qui pourraient s'avérer utiles ou nécessaires. Le rôle des centres de référence nationaux au sein de Sciensano sera également évalué. L'évaluation définitive de la plateforme fédérale devrait aussi être fournie par Sciensano dans les prochains mois.

17.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het kan gewoon niet dat er middelen naar ziekenhuizen en onderzoek zijn gegaan zonder dat er op voorhand transparante afspraken zijn gemaakt, zoals u zelf ook aangeeft. Blijkbaar konden miljoenen aan crisismiddelen, die speciaal werden uitgetrokken om de covidcrisis te lijf te gaan, naar believen worden besteed.

U zegt dat de contracten al eerder werden opgesteld, maar ze zijn in de loop van de tijd ook aangepast en maar goed ook. Er zijn op den duur minder grote forfaits toegekend, maar die forfaits zijn wel blijven bestaan. Er zijn nog altijd geen modaliteiten ingeschreven over de besteding van de winst. Dat had u wel kunnen doen. Ik denk ook dat u dat had moeten doen. Wij hebben al eerder gezegd dat er grote winsten werden gemaakt en hebben dat onaanvaardbaar genoemd. Er was helemaal geen controle op. Ik vind dat echt ontstellend. In West-Vlaanderen en Limburg waren ook geen federale labo's. Daar waren nochtans ook onderzoekers en ziekenhuizen die extra geld hadden kunnen gebruiken en dat ook goed zouden hebben besteed. Het feit alleen al dat er alleen maar federale labo's konden worden opgericht waar er een universitair ziekenhuis was, vind ik echt een heel vreemde redenering.

Ik hoor ook dat u blijkbaar niets wist van het feit dat 9,5 miljoen euro bij de ULB voor andere doeleinden werd gebruikt. Ik lees in het rapport dat daarover afspraken met de regering werden gemaakt. Ik vind het heel vreemd dat u daar niets van weet. Ik vind dat dat geld terugbetaald moet worden.

Wij hebben eerder al een voorstel van resolutie ingediend om een grondige doorlichting aan het Rekenhof te vragen. Zomaar zeggen dat het geld niet meer kan worden getraceerd, dat het weg is, dat het nu eenmaal zo is, dat kan echt niet. Het gaat om belastinggeld dat goed en doordacht moet worden besteed. U hebt zelf verwezen naar de krappe budgettaire tijden. Ik denk dat dergelijke praktijken echt niet kunnen.

17.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il est inacceptable que des moyens aient été octroyés aux hôpitaux et à la recherche sans que des accords transparents aient été conclus au préalable. Heureusement, ces contrats ont été adaptés au fil du temps mais les forfaits ont continué à exister. Aucune modalité d'allocation du bénéfice n'a encore été définie, alors que le ministre aurait dû s'en occuper. Il n'y a eu aucun contrôle et cette situation est tout bonnement ahurissante. Je trouve déjà très étrange que seuls des laboratoires fédéraux aient pu être créés aux endroits où il y avait un hôpital universitaire. Apparemment, le ministre n'était pas non plus au courant de ces 9,5 millions d'euros. Par le passé, nous avons déjà déposé une proposition de résolution afin de demander un audit approfondi à la Cour des comptes car nous ne pouvons pas nous résigner à ce que les choses se passent de cette façon.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.04 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 04.