Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 16 MAI 2023

Après-midi

_____

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 16 MEI 2023

Namiddag

_____

Le développement des questions commence à 15 h 01. La réunion est présidée par M. Thierry Warmoes.
De behandeling van de vragen vangt aan om 15.01 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

01 Questions jointes de
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La baisse de croissance des dépenses de santé" (55036199C)
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La baisse de croissance des dépenses de soins de santé" (55036637C)
01 Samengevoegde vragen van
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afgenomen groei van de gezondheidsuitgaven" (55036199C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afgenomen groei van de gezondheidsuitgaven" (55036637C)

01.01 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 18 april stelde mijn collega, mevrouw Merckx, u een vraag in de commissie voor Gezondheid over de onderbenutting van het gezondheidszorgbudget. U antwoordde dat de groei van de uitgaven in de gezondheidszorg in 2022 399 miljoen euro minder was dan de initiële technische raming en verwacht dat die verminderde groei van uitgaven zich ook in 2023 zal kunnen doorzetten. U ging echter niet in op mogelijke oorzaken voor de lagere groei.

Wij dienden deze vervolgvraag in, omdat u die ontwikkeling als goed nieuws voor de begroting omschreef, terwijl die voor ons veeleer verontrustend is. Daarnaast lijkt het ons ook belangrijk om de oorzaken van die ontwikkeling te begrijpen. Mijnheer de minister, wat is volgens u de oorzaak van de lagere groei in de gezondheidszorguitgaven?

2022, het jaar met mindere groei, was net ook het jaar waarin de koopkracht van de bevolking onder aanzienlijke druk kwam te staan, onder andere door hogere energieprijzen en daardoor de gestegen prijzen van andere goederen. Een recente studie van Geneeskunde voor het Volk toont duidelijk het verband aan tussen enerzijds de koopkrachtcrisis en anderzijds een toename van het uitstel van zorg door een deel van de bevolking.

Mijnheer de minister, denkt u dat het toegenomen uitstel van zorg verantwoordelijk is voor of op zijn minst heeft bijgedragen aan de lagere groei? Indien niet, welke andere oorzaken ziet u?

Op basis waarvan verwacht u dat dezelfde tendens zich ook in 2023 kan doorzetten?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer Warmoes, de groei van de gezondheidsuitgaven is een belangrijk thema. Eerst wil ik even de feiten geven en nogmaals verduidelijken wat wij bedoelen als wij spreken over onderbenutting van het budget, aangezien het gegeven dat wij dat in de regering een onderbenutting van het budget noemen, het uitgangspunt vormt van uw vraag.

Ik wil in herinnering brengen dat wij in oktober 2022 eigenlijk al gezegd hebben dat wij minder zouden uitgeven dan wat was geraamd in de begroting voor Gezondheidszorg. Dat gaat niet alleen over de begrotingsdoelstelling gezondheidszorg van de ziekteverzekering, het is iets ruimer dan dat. We hadden reeds gezegd minder te zullen uitgeven dan voorzien in het budget. Het gaat over een aantal technische correcties in verhouding tot wat initieel geraamd was. Ik wil die nog even geven.

Met betrekking tot juridische geschillen in het budget van de financiële middelen voor de ziekenhuizen hadden we eigenlijk een overschatting, met 20 miljoen euro, van wat juridische geschillen ons zouden kosten. In de uitgaven geraamd voor de toepassing van internationale verdragen, hadden we een overschatting met 60 miljoen euro. Voorts konden we ervan uitgaan dat een aantal maatregelen waarvoor we bedragen hebben gereserveerd, niet onmiddellijk ingaan, niet omdat we ze vertraagd hebben, maar omdat ze in feite niet zo snel kunnen worden geïmplementeerd. Omdat die niet onmiddellijk ingaan, geeft men in het eerste jaar waarin ze ingaan, niet het hele bedrag uit. Dat gaat over zowat 40 miljoen, die te beschouwen is als ter beschikking, maar die nog niet wordt uitgegeven. De conclusie is: 20 miljoen minder voor juridische geschillen, 60 miljoen minder voor internationale verdragen, 40 miljoen die niet onmiddellijk wordt uitgegeven omdat nieuwe initiatieven niet onmiddellijk ingaan op 1 januari. Dat is 120 miljoen. Die hadden we eigenlijk al ingeschreven in de begroting 2023.

Voor de begroting 2024 werd gezegd dat we op basis van soortgelijke vaststellingen in 2024 een correctie op de initiële raming zouden hebben van 125 miljoen. Bij die 120 miljoen voor 2023 en 125 miljoen voor 2024 hebben we op het recentste begrotingsoverleg van de federale regering beslist om daar nog eens 100 miljoen aan toe te voegen voor 2023 en 2024. Men zou dus kunnen zeggen dat we in de begroting 2023 uitgaan van minder uitgaven, naast de technische correcties. Ook in de begroting 2024 gaan we uit van minder uitgaven, naast de technische correcties. Als ik die technische correcties samentel met de verwachte vermindering van de uitgaven, dan leidt dat tot de volgende bedragen. Voor de begroting 2023 komen we met 120 en 100 miljoen samen aan 220 miljoen euro. Voor 2024 wordt dat 125 vermeerderd met 100 miljoen, dus opgeteld 225 miljoen euro.

Ik wil eerst zeggen waarom we dat zonder veel problemen in de regering aanvaard hebben en wat dat betekent. We hebben dat zonder veel problemen aanvaard, omdat we nu vaststellen dat er voor het jaar 2022 een onderschrijding van 399 miljoen euro is. We zien dat onder meer aan de daling van het aantal aangerekende gevallen in de ziekenhuizen. Er is op 17 april in de Algemene Raad van de ziekteverzekering afgesproken dat we dat nader zullen onderzoeken. Ik roep ook de sectorale overeenkomsten- en akkoordcommissies op om dat sector per sector te bekijken.

Wat zouden de redenen daarvoor kunnen zijn? U hebt dat zelf al voor een deel gezegd. In het jaar 2022 werden de mensen door een koopkrachtcrisis getroffen. De regering heeft daarvoor enorm veel maatregelen genomen, maar de mensen hebben waarschijnlijk toch schrik gekregen. Het is niet onwaarschijnlijk dat wie de indruk heeft aan koopkracht te verliezen, voorzichtiger wordt met medische uitgaven, wat jammer is.

Het kan ook zijn dat het tekort aan personeel resulteert in minder uitgaven. Dat hebt u ook al gezegd. Ik wil dat niet wegsteken. Heb ik daar een harde analyse over? Neen, maar ik wil daar wel het volgende over zeggen. Ons beleid gaat daar ook tegen in. Heel concreet, we hebben in 2023 beslist om de plafonds voor de toepassing van de maximumfactuur niet aan te passen aan de index, hoewel dat sinds de Zweedse regering in de wet was opgenomen. We hebben dat ongedaan gemaakt. De mensen die veel uitgaven hebben die wegen op hun budget – het gaat over 664.000 gezinnen, die een rechtstreeks en onmiddellijk voordeel hebben van het bestaan van de maximumfactuur – zullen geen euro meer betalen. Wij hebben 50 miljoen euro uitgetrokken om de plafonds niet te verhogen, zodat we aan de betrokken patiënten kunnen zeggen dat hun gezondheidszorg niet duurder zou worden, geen euro. Als we dat niet hadden gedaan, hadden mensen 10, 20, 30, 40, 50 tot zelfs 200 euro meer betaald dit jaar. Dat was een belangrijke maatregel, waardoor patiënten niet bevreesd hoeven te zijn om naar de dokter of de apotheker te gaan.

Voorts hebben wij zowel in 2022 als 2023 extra budget op tafel gelegd om in de ziekenhuizen

ondersteunend personeel aan te werven ter ondersteuning van de zorgkundigen en de verpleegkundigen. Dat personeel moet niet noodzakelijk als zorgpersoneel gekwalificeerd zijn. Wij hebben twee keer, in 2022 en nu opnieuw in 2023, 20 miljoen euro op tafel gelegd om bijkomend personeel aan te werven. Wij proberen in te werken op de factoren die mogelijk aanleiding zijn voor het feit dat er minder dan nodig een beroep wordt gedaan op gezondheidszorg.

Overigens, u hoort mij goed, wij hebben 20 miljoen extra uitgetrokken voor ondersteunend personeel in de ziekenhuizen in 2023. Wij hebben die beslissing genomen net voor de paasvakantie, op het ogenblik dat wij ook de onderbenutting aan het bekijken waren. Ik zeg dat om de volgende reden. De onderbenutting is absoluut geen aanleiding om minder initiatief te nemen. Ik heb enkele dagen geleden bekendgemaakt dat wij 6,8 miljoen meer uittrekken voor mobiele teams voor langdurige psychologische zorg voor jongeren en adolescenten. Ook die beslissing hebben wij net voor de paasvakantie genomen en dat was omdat wij het gevoel hadden dat wij ruimte hebben.

Er is dus geen enkel initiatief dat uitgesteld of vertraagd wordt. Integendeel, ik heb in de regering gezegd dat het ruimte geeft om een paar dingen extra te doen, inspelend op de problematiek. Ik blijf erbij dat het goed nieuws is voor de staatssecretaris van Begroting, als men technische correcties kan doen en er boven op de technische correcties duidelijk een trend is van minder uitgaven. En waarom zouden wij dat goede nieuws niet consolideren? Er is daarvoor geen enkel initiatief vertraagd. Integendeel, wij hebben voor de paasvakantie nieuwe initiatieven genomen, die inwerken op het probleem waar wij voor staan.

01.03 **Thierry Warmoes** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik zal de cijfers nader bekijken. U geeft hier eigenlijk toe dat er een koopkrachtprobleem is. Het is spijtig dat wij moeten spreken over koopkracht in de zorg. Het is voor ons natuurlijk niet aanvaardbaar dat mensen zorg uitstellen om financiële redenen. U zegt dat dat goed nieuws is voor de staatssecretaris van Begroting. Ik kan mij dat indenken, maar het is alleszins slecht nieuws voor de minister van Volksgezondheid, voor u dus

Trouwens, het is slecht nieuws voor de gezondheid van de mensen. Door zorg uit te stellen, gaat hun gezondheid er immers op achteruit. Maar eigenlijk is het ook slecht nieuws voor de begroting, want uitgestelde zorg komt vroeg of laat terug. Dat probleem is goed genoeg bekend bij de tandartsen. Vroeg of laat moet het dan toch aangepakt worden en dan wordt de behandeling meestal duurder, erger en ingewikkelder.

Ik vind het een beetje vreemd dat volgens u de mensen schrik hebben en een gebrek aan koopkracht voelen, terwijl de regering daartegen veel maatregelen heeft genomen. Ik blijf met het gevoel zitten dat de regering weliswaar maatregelen heeft genomen, maar dat die onvoldoende waren. Dat mensen in financiële problemen zitten, is een reële situatie en dat maakt dat zij er niet naartoe gaan; minstens heeft het een impact op het moment waarop ze de dokter consulteren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

01.04 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik heb vandaag omstreeks 14.30 uur een antwoord gekregen op mijn vragen nrs. 55036655C, 55036664C, 55036666C en 55036668C. Het gaat om mondelinge vragen die oorspronkelijk schriftelijke vragen waren en die ondertussen meer dan een jaar geleden werden ingediend. Zij hebben ondertussen dus allemaal minstens een kaarsje uitgeblazen. De vier vragen die ik net heb vermeld, heb ik dus laten intrekken door ons fractiesecretariaat.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke:** U wordt op uw wenken bediend.

01.06 **Steven Creyelman** (VB): Ja, ik word op mijn wenken bediend, maar dat is een jaar na datum, mijnheer de minister. Ik begrijp dat u het heel druk hebt, maar blijkbaar is de incentive wanneer de schriftelijke vragen worden omgezet in mondelinge vragen opeens zo groot dat zij last minute – dat mag men deze keer letterlijk interpreteren – toch worden beantwoord.

Mijnheer de minister, om de werkzaamheden en het secretariaat niet te overbelasten, zou ik hier toch op willen aandringen. Dat is geen manier van werken. Ik zou er toch beleefd op willen aandringen dat u binnen de termijn antwoordt.

Wat de twee openstaande vragen betreft, mijnheer de voorzitter, zijnde de vragen nrs. 55036667C en 55036657C, heb ik mij laten vertellen dat de antwoorden ter beschikking zijn. Dan trek ik ook die vragen in.

Ik wens echter nogmaals beleefd te protesteren tegen de manier van werken.

De **voorzitter**: Ik kan u enkel bijtreden in het feit dat schriftelijke vragen binnen een redelijke termijn moeten worden beantwoord. De minister heeft dat echter ook gehoord.

De samengevoegde vragen nrs. 55036212C van mevrouw Muylle en nr. 55036229C van de heer Prévot worden op hun verzoek omgezet in schriftelijke vragen.

02 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Noodanticonceptie" (55036221C)
02 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La contraception d'urgence" (55036221C)

02.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, tijdens de uiteenzetting van de Nationale Evaluatiecommissie van de wet betreffende zwangerschapsafbreking twee weken geleden in dit huis werd een groot aantal aanbevelingen geformuleerd die in de sfeer van de preventie liggen, maar wel federaal moeten worden uitgewerkt. Er werd onder meer een pleidooi gehouden om de toegang tot het spiraaltje als noodanticonceptie te verbeteren. Men stelt voor om samen met de Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en met Domus Medica in elke grote stad een plaats te identificeren waar men een spiraaltje als noodanticonceptie kan laten plaatsen. Apothekers, huisartsen en psychosociale en paramedische hulpverleners zouden dan naar die plaats kunnen doorverwijzen. De Nationale Evaluatiecommissie heeft het idee nog niet echt uitgewerkt. Men zegt dat het niet overal op dezelfde manier moet gebeuren, maar het is de bedoeling een zeer lage drempel in te stellen voor vrouwen die in een onvoorziene situatie belanden. Wat denkt u hiervan en acht u iets dergelijks mogelijk?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Dit is inderdaad een belangrijke kwestie. Klassiek gebruiken we, zoals u weet, de morning-afterpil als een noodanticonceptie. Voor de morning-afterpil hebben alle mensen, ongeacht hun leeftijd, recht op een extra tegemoetkoming. Bovendien is hiervoor geen voorschrift nodig en kan elke rechthebbende daartoe terecht bij een apotheker. De noodpil is dus zeer toegankelijk gemaakt en ze kan effectief worden ingezet om, bijvoorbeeld, een latere zwangerschapsafbreking te vermijden.

Het inbrengen van het spiraaltje als een noodanticonceptie is een vrij nieuwe aanbeveling die nog grondiger onderzocht moet worden. Ik denk dat een breder onderzoek nodig is, want de huidige studies zijn nog te beperkt. Dergelijke langwerkende anticonceptiemiddelen hebben hun efficiëntie al bewezen als anticonceptie en het vermijden van ongewenste zwangerschappen. Daarom zijn er ook zogenaamde LARCs, Long-Acting Reversible Contraceptives, opgenomen in de lijst van het RIZIV waarvoor extra tegemoetkoming verkregen kan worden door rechthebbenden jonger dan 26 jaar of rechthebbenden met een verhoogde tegemoetkoming.

Dit is een enigszins partieel antwoord op uw vraag. Ik denk inderdaad dat dit een materie is waarvoor verder onderzoek echt nuttig is.

02.03 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik had ook niet verwacht dat u daarop nu al een heel precies antwoord zou kunnen geven. Ook voor de commissie was het nieuw. Ik stel voor dat ik u daarover opnieuw op een later tijdstip ondervraag.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zwangerschapsafbreking onder sedatie in centra buiten de ziekenhuizen" (55036222C)
03 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interruption de grossesse sous sédation en extrahospitalier" (55036222C)

03.01 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, dit is een tweede vraag naar aanleiding van de aanbevelingen van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking, betreffende het mogelijk maken van een vrijwillige chirurgische zwangerschapsafbreking onder sedatie in centra buiten de ziekenhuizen. De experten bevelen sowieso aan om de pijnbestrijding na iedere vrijwillige zwangerschapsafbreking te optimaliseren, ongeacht de gebruikte methode. Hoe denkt u hierover?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Jiroflée, sinds de publicatie van de kwaliteitswet van 2019 is de wetgeving op het vlak van de kwaliteitsomkadering van medische verstrekkingen wel aangescherpt. Tevoren was er, op de algemene zorgvuldigheidsplicht na, geen juridisch beletsel om extramuraal zelfs de meest risicovolle handelingen te stellen. De kwaliteitswet definieert nu ten eerste wat een risicovolle verstrekking is, namelijk een invasieve chirurgische of medische verstrekking inzake gezondheidszorg met diagnostisch, therapeutisch of esthetisch doel, waarbij een van de volgende zaken van toepassing is: de verstrekking wordt noodzakelijkerwijze uitgevoerd onder algemene anesthesie, locoregionale anesthesie of diepe sedatie; de verstrekking vereist een verlengd medisch of verpleegkundig toezicht van verschillende uren nadat de verstrekking beëindigd is of de verstrekking gebeurt onder lokale anesthesie. Het concept risicoverstrekking is daarmee gedefinieerd. Dat is redelijk nieuw in de kwaliteitswet. Een chirurgische zwangerschapsafbreking onder sedatie kan volgens mij onder deze definitie vallen. Veel hangt natuurlijk af van de precieze omstandigheden.

Ook bepaalt de kwaliteitswet de strikte voorwaarden om sedatie te mogen toepassen, waaronder, afhankelijk van het type anesthesie dat toegepast wordt, de verplichte aanwezigheid van een anesthesist. Tot slot wijs ik erop dat bepaalde verstrekkingen volgens artikel 13 hoe dan ook in een ziekenhuis moeten plaatsvinden, waaronder de vereiste nood aan postoperatieve opvolging. Ik geef hier even het lijstje van vier. Het gaat, ten eerste, om de verstrekkingen waarbij de patiënt nood heeft aan intensieve zorg, een anesthesist, een verpleegkundige en/of instrumenten tijdens of na de verstrekking inzake de gezondheidszorg en, ten tweede, om verstrekkingen waarbij er postoperatief nood is aan langdurige – met name langer dan zes uur – parenterale en/of infuustherapie met nood aan toezicht. Ten derde gaat het om verstrekkingen aan patiënten die tot 24 uur na de verstrekking niet over de nodige opvang en/of het noodzakelijke toezicht beschikken terwijl de gezondheidszorgbeoefenaar dat noodzakelijk acht, gelet op de aard van de gezondheidszorg. Ten vierde gaat het om verstrekkingen waarbij een bloedtransfusie nodig is.

Samenvattend kan ik concluderen dat de organisatie van de chirurgische zwangerschapsafbreking onder sedatie buiten een ziekenhuisomgeving theoretisch mogelijk is volgens de huidige stand van de wetgeving. Veel zal echter afhangen van de concrete situatie. Het is de verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar om telkens opnieuw een karakterisering van de patiënt uit te voeren en een risicoanalyse te maken om na te gaan of de zorg wel gebeurt binnen het correcte uitgewerkte medische kader. Met andere woorden, indien er iets misloopt, is het de individuele zorgbeoefenaar die daarvoor de aansprakelijkheid draagt. Dat moet toch tot grote voorzichtigheid en twee keer nadenken aanzetten.

03.03 **Karin Jiroflée** (Vooruit): Mijnheer de minister, het was een verkennende vraag. Ik dank u in ieder geval voor uw bedenkingen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

04 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t. de wet inzake de afficheringvan de tarieven door zorgverstrekkers" (55036241C)
04 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne la loi sur l'affichage des tarifs par les prestataires de soins" (55036241C)

04.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit): Mijnheer de minister, op 21 oktober 2021 nam de plenaire vergadering van de Kamer een wetsvoorstel aan tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wat het afficheren van de tarieven door zorgverstrekkers betreft.

De wet bepaalt dat zorgverstrekkers hun tarieven kenbaar maken zowel in de wachtzaal als op hun website. De tarieflijst moet de meest courante verstrekkingen weergeven. De tarieven moeten bovendien duidelijk en leesbaar zijn. Op de affiche moet ook het verschil staan tussen het tarief, de terugbetaling, het remgeld en de supplementen. We hopen dat de patiënten op die manier een beter zicht krijgen op de kosten die ze zullen moeten betalen. Bij niet-naleving van deze wet kunnen zelfs boetes worden opgelegd.

Het Verzekeringscomité van het RIZIV kreeg dan de opdracht om de affichemodellen vast te stellen. Artikel 3 van de wet bepaalt dat deze wet pas in werking treedt, per sector, op de datum van publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van het eerste affichemodel voor de desbetreffende sector. Dus zolang er geen affichemodel is, treedt die wet voor de sector nog niet in werking.

Ik stelde daarover al een schriftelijke vraag in september 2022, één jaar nadat de wet werd goedgekeurd. U antwoordde daarop het volgende: “De akkoorden- en overeenkomstencommissies zullen in de loop van de komende maanden voor alle disciplines de beoogde adviezen met betrekking tot de affiche en de meest gangbare vergoedbare verstrekkingen kunnen verlenen.”

Ik was zeer verheugd te vernemen dat het RIZIV-Verzekeringscomité voor elke categorie van zorgverleners inmiddels de verschillende modellen van affichesjablonen zou hebben vastgelegd. Ze moeten evenwel nog worden gevalideerd en in het *Belgisch Staatsblad* worden gepubliceerd.

Ik las dat het RIZIV die modellen eind mei zou valideren. Kunt u dat bevestigen?

Vanaf wanneer zullen de tarieven dan worden geafficheerd in de wachtkamers en op websites?

Vanaf wanneer zal er worden gecontroleerd op deze verplichte affichering?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Dat is inderdaad een belangrijke en complexe werf. De administratieve implementatie van dit plan wordt momenteel nog besproken. De akkoorden- en de overeenkomstencommissies bekijken per sector het beoogde affichemodel, met invulling van de meest gangbare en vergoedbare verstrekkingen. De wet voorziet daartoe geen maximale termijn of einddatum, maar ik wil er absoluut op toezien dat de sectoren daar niet mee dralen. In sommige sectoren is de oefening gemakkelijker, terwijl die in andere sectoren complexer is. In de lopende besprekingen per sector wordt onder meer gefocust op het vinden van een evenwichtig en werkbaar aantal affichemodellen, in principe per discipline, mede op basis van de verschillende specialisatiedisciplines en de meest gangbare vergoedbare verstrekkingen binnen eenzelfde categorie van zorgverleners. Zodra in een bepaalde sector of in enkele sectoren deze oefening tot invulling en afwerking van het affichemodel afgerond is, zullen ze stelselmatig worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité ter goedkeuring.

Ik verwacht de eerste voorstellen in de loop van juni. Ik zet druk op dat proces, maar ik moet ook rekening houden met de benodigde tijd voor besprekingen, het feit dat de medewerkers van het RIZIV buitengewoon veel werk op de plank hebben liggen. Ik vind wel dat het vooruit moet gaan.

De wet en de verplichtingen verbonden aan de affiche treden inderdaad in werking per sector en per discipline op datum van de publicatie in het *Belgisch Staatsblad* van de door het Verzekeringscomité

goedgekeurde affiche modellen voor die betreffende sector. De desbetreffende sector zal voorafgaandelijk aan de publicatie geïnformeerd worden door de administratie, zodat iedere zorgverlener vanaf de datum vanaf inwerkingtreding die verplichting ook correct kan uitvoeren in de praktijk.

De handhaving en sancties dienen zich aan op dezelfde manier als voor de reeds bestaande verplichtingen voor zorgverleners om het conventiestatuut kenbaar te maken. Het kader daartoe is voorzien in artikel 168 van de gecoördineerde ZIV-wet en voorziet onder meer in de mogelijk van administratieve sancties ten overstaan van deze verplichtingen.

04.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, de informatie die ik las, was dus blijkbaar wat voorbarig, maar er is toch licht in de duisternis. Dat is duidelijk.

Ik heb genoteerd dat u zegt dat de eerste voorstellen er in juni echt moeten aankomen, en dat zij vanaf dan systematisch gelanceerd zullen worden. Ik ben in blijde verwachting ervan en zal mijn vraag in juni zeker nog eens stellen, hopend dat er dan effectief concrete voorstellen op tafel worden gelegd.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55036254C de M. Patrick Prévot est reportée.

05 Samengevoegde vragen van
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van methylfenidaat bij volwassenen" (55036287C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van methylfenidaat voor volwassen ADHD-patiënten" (55036365C)
05 Questions jointes de
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du méthylphénidate pour les adultes" (55036287C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du méthylphénidate pour les patients adultes souffrant de TDAH" (55036365C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, methylfenidaat wordt onder bepaalde voorwaarden voor jongeren tot 18 jaar voorgeschreven. Het wordt verkocht onder de merknaam Rilatine. Er zijn onlabel voorschriften maar ook offlabel voorschriften waarvoor geen terugbetaling wordt verkregen voor bepaalde psychiatrische stoornissen. Dan wordt het vrij duur. Jongeren die een terugbetaling onder bepaalde voorwaarden krijgen, moeten de Rilatine zelf betalen nadat ze 18 jaar zijn geworden, ook als ze studeren. Voor sociaal zwakkere jongeren is dat soms moeilijk om te dragen.

Eens men in het professionele leven stapt, vallen heel wat patiënten weg. Zolang men studeert, is het voor bepaalde patiënten belangrijk dat ze op een terugbetaling van methylfenidaat of Rilatine kunnen rekenen. Zij kunnen hun studie niet voltooien zonder een terugbetaling als zij geen middelen hebben om die medicijnen aan te kopen.

Mijnheer de minister, overweegt u om methylfenidaat voor bepaalde volwassenen, dan wel onder bepaalde voorwaarden, terug te betalen? We weten immers allemaal dat dit medicijn ook kan worden misbruikt. Het wordt bijvoorbeeld gebruikt door andere studenten die het als een pepmiddel tijdens de blok gebruiken. Overweegt u echter om voor de patiënten, ouder dan 18 jaar, die echt nood hebben aan dit medicijn, in een terugbetaling te voorzien?

05.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, de Hoge Gezondheidsraad raadde in 2021 aan om de huidige terugbetaling van methylfenidaat uit te breiden tot alle vormen van medicatie met vertraagde afgifte, om het leeftijdscriterium van 6 tot 17 jaar te schrappen en de gelijktijdige terugbetaling van twee vormen van methylfenidaat, kort- en langwerkend, mogelijk te maken. U vroeg vervolgens aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen om de mogelijkheid tot uitbreiding van de terugbetaalbaarheid door de schrapping van het leeftijdscriterium van 6 tot 17 jaar te overwegen. De CTG oordeelde blijkbaar dat de risico-batenbalans op basis van de evidentie niet doorweegt in het

voordeel van methylfenidaat voor volwassenen. Op een eerdere vraag antwoordde u ook dat u niet wist hoeveel volwassen patiënten in dit land lijden aan ADHD, of hoeveel volwassen patiënten medicatie nemen, die ze tot op de dag van vandaag dus helemaal zelf moeten bekostigen, met alle gevolgen van dien.

Hoe verklaart u het tegengestelde oordeel van de Hoge Gezondheidsraad en de CTG?

Om welk bedrag zou het gaan indien u het advies van de Hoge Gezondheidsraad zou volgen?

Zult u onderzoeken hoeveel volwassen patiënten in dit land in de kou blijven staan nu de terugbetaling van methylfenidaat er niet komt?

Hebt u indicaties dat de verhoudingen in gebruik van methylfenidaat die we zien bij jongeren, met vooral gebruik in Vlaanderen, zich ook doortrekken bij volwassenen?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke:** Hier wordt een belangrijke kwestie aangesneden. Meer in het algemeen houdt mij dat wel bezig in het kader van de bredere problematiek van het goed gebruik van psychofarmaca.

In 2021 gaf ik de CTG de opdracht om de vergoedingsmodaliteiten van de terugbetaalde specialiteiten op basis van methylfenidaat te herbekijken in het kader van aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad, advies nr. 9547. Ik heb het daar dadelijk nog even over. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad houdt geen rekening met farmaco-economische overwegingen. Dat is ook niet de roeping van de Hoge Gezondheidsraad. Daarvoor moet men eigenlijk, als men beslist om terug te betalen, inderdaad bij de Commissie voor Terugbetaling van Geneesmiddelen zijn.

De Hoge Gezondheidsraad verklaarde in het kader van zijn benadering dat het opportuun zou zijn het leeftijdscriterium te schrappen, alsook de gelijktijdige vergoedbaarheid van preparaten met onmiddellijke of vertraagde vrijstelling mogelijk te maken. De Commissie Terugbetaling Geneesmiddelen heeft de evidentie nauwgezet afgewogen en besliste in 2022 dat het niet opportuun was de vergoedbaarheid naar de volwassen populatie uit te breiden vanwege de beperkte evidentie voor voordelige therapeutische effecten, het risico van cardiovasculaire bijwerkingen bij de volwassen populatie en ook de belangrijke budgettaire impact. Dat risico van cardiovasculaire bijwerkingen was ook de reden waarom het FAGG al in 2015 een negatief advies uitbracht over de indicatie uitbreiding naar de volwassen populatie.

Dat is in het kort een antwoord op wat mevrouw Depoorter voorlegt. Ik wil echter ook de zes vragen van mevrouw Sneppe punctueel overlopen.

Mevrouw Sneppe, in antwoord op uw eerste vraag kan ik u meegeven dat de samenvattingen van de verslagen van de CTG voor alle vragen tot opname in de vergoeding of wijziging van de vergoeding van een farmaceutische specialiteit na verloop van tijd online beschikbaar worden via de RIZIV-site. Het kan zijn dat die beschikbaarheid voor de procedure in kwestie nog niet het geval is. Ik heb daarom voor de eenvoud de gevraagde samenvatting bij. Ik stel voor dat mijn medewerkster, mevrouw Schellens, die bezorgt via het secretariaat, zodat u die hebt. Ze zou normaal echter gepubliceerd moeten worden.

Ten tweede, in de afgeronde procedure heeft de CTG ook de hiernavolgende aanbevelingen overwogen. Ten eerste, de vergoedingsmodaliteiten die werden bekeken in de voornoemde procedure, waren voor Rilatine Instant Release, Rilatine Modified Release 20 en 30 mg en Equasym XR in 10, 20 en 30 mg, vermits die specialiteiten ingeschreven waren op de lijst van de vergoedbare geneesmiddelen en dus een prijs hadden die als aanvaardbaar werd beschouwd in de context van de terugbetaling. Vanuit het RIZIV werd de vraag gesteld aan andere fabrikanten van Methylfenidaat Instant Release en XR Modified Release met een gelijkaardige prijszetting, zoals Milan, Janssens, Medice en Sandoz, om een dossier in te dienen, opdat ook voor die specialiteiten de terugbetaling zou kunnen worden overwogen. De aangeschreven firma's hebben daar echter geen gevolg aan gegeven.

Ik merk op dat de andere specialiteiten met een verlengde afgifte, bijvoorbeeld Concerta, Medikinet, Methylfenidaat Sandoz en Methylfenidaat Mylan, momenteel een significant hogere prijs hebben dan deze die momenteel worden terugbetaald zonder dat er enige evidentie is voor hun toegevoegde

waarde. Het is dus niet aangewezen daarvoor in een terugbetaling te voorzien.

De CTG heeft inderdaad geoordeeld dat het opportuun zou zijn de vergoedingsmodaliteiten aan te passen. Het betreft een aanpassing om de onmiddellijke vergoeding van een preparaat met vertraagde vrijstelling mogelijk te maken, dus zonder eerst zes maanden therapie met methylfenidaat met onmiddellijke vrijstelling. Daarbij werd een maximaal toegelaten dosis opgenomen in de modaliteiten om overconsumptie te beperken. De CTG achtte andere aanpassingen voor het overige niet opportuun.

Ik wil nog eens herhalen dat men hier typisch in een redenering zit van de CTG, met ook farmaco-economische aspecten en budgettaire implicaties, waarmee de Hoge Gezondheidsraad in zijn adviezen geen rekening hield, wat kan uitleggen waarom men daar een verschillend geluid hoort.

In de CTG-procedure voor Rilatine en Equasym die werd afgerond in 2022, werd de totale verkoop van preparaten op basis van methylfenidaat bekeken. Het gaat hier om de totale omzet van de vergoede en de niet-vergoede preparaten. De totale omzet van de specialiteiten in de openbare officina bedroeg 17.187.483 euro in 2020. In dat jaar bedroegen de RIZIV-kosten voor alle terugbetaalde specialiteiten op basis van methylfenidaat 4.907.661 euro. Dat zijn dus de RIZIV-kosten exclusief het remgeld dat mensen moeten betalen op de vergoedbare specialiteiten. Men kan daaruit dus besluiten dat er een verschil is van 12.279.822 euro dat *out of the pocket* wordt gefinancierd door de mensen zelf. Dat is een meerderheid dus, waarvan vermoedelijk ook een belangrijk deel offlabel is, onder andere om academische prestaties te proberen verbeteren. Het is niet mogelijk om exact te zeggen welk aandeel van dat bedrag in aanmerking zou komen voor een vergoeding, indien de vergoedbaarheid zou worden uitgebreid naar volwassenen. Ik kan dat op basis van die cijfers dus niet weten. Een schatting werd gemaakt in de CTG-procedure. Op basis van epidemiologische gegevens schatte de CTG de budgetimpact jaarlijks op zowat 4.100.000 euro. Daarmee heb ik ook geantwoord op vraag 5 van mevrouw Sneppe.

Op vraag 6 moet ik zeggen dat er geen conclusie te maken valt op basis van de beschikbare IQVIA- of RIZIV-gegevens. De jaarlijkse omzet voor het geheel van producten op basis van methylfenidaat vertoont geen duidelijke trend, maar mogelijk ziet u daar een impact van de covidcrisis in 2020. De totale omzet, op basis van IQVIA, in de openbare officina voor het jaar 2019 was 18.104.206 euro, voor het jaar 2020 was dat gedaald tot 17.187.483 euro, om in 2021 terug te stijgen naar 18.647.302 euro.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, bedankt voor uw gedetailleerd antwoord.

05.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Uit uw antwoord begrijp ik dat per euro die door de overheid wordt uitgegeven er 2,5 euro wordt uitgegeven door de patiënten. Dat is wel een bijzondere verhouding voor terugbetaalde medicijnen. Ik ben het ermee eens dat de terugbetaling voor elke volwassene misschien een beetje verregaand kan zijn. Ik ben het er niet mee eens dat met zulke nadruk op de cardiovasculaire risico's gewezen wordt. De federatie van medische specialisten heeft op 8 juli 2015 duidelijk gesteld dat de kans op cardiovasculaire bijwerkingen erg klein is wanneer men een goede anamnese en een familiale screening uitvoert.

Het risico van verslaving bestaat, zeker bij volwassenen die het voorgeschreven blijven krijgen. De kern van mijn vraag gaat echter uit naar studenten tussen 18 en 25 jaar. Voor die groep is het cardiovasculair risico klein en het risico van verslaving eveneens klein, ook al omdat het om een beperkte tijd gaat. Wel lopen we effectief het risico dat die studenten hun studie niet afmaken vanwege de hoge kostprijs van het medicijn. Ik vind dat u daarmee rekening moet houden. Studenten moeten hun studie opgeven omdat zij niet dat pilletje krijgen dat hen helpt om zich te concentreren. Dat vind ik zeer jammerlijk. Misschien moet daar toch over nagedacht worden.

05.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u maakt duidelijk waarom er een verschil is tussen de studie van de Hoge Gezondheidsraad en deze van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Daarmee geeft u echter ook toe dat het eigenlijk vooral om budgettaire redenen is dat het niet terugbetaald wordt aan personen ouder dan 18 jaar. Ik vind dat nogal straf.

Wij hebben hieromtrent wederom geen exacte cijfers. Dat is nogal vaak het geval. Ik vergelijk vaak met Nederland, dat op het vlak van cijfermateriaal een betere leerling is. Dat is natuurlijk jammer, want

zonder de juiste cijfers kan men niet het juiste beleid voeren.

Ik begrijp niet dat men verwijst naar de nevenwerkingen, de cardiovasculaire nevenwerkingen, maar dat kinderen tot 17 jaar die medicijnen wel mogen nemen. Voor hen zijn er blijkbaar geen nevenwerkingen. Maar vanaf 18 jaar zijn er plots nevenwerkingen. Misschien ligt het aan mij dat ik dat niet begrijp, maar dat lijkt mij niet echt de correcte verklaring. Het feit dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen het tegenhoudt bevestigt dan mijn vermoeden dat het eerder gaat om een budgettaire piste dan wel om een gezondheidsoverweging.

Het feit dat wij geen exacte cijfers hebben over het aantal volwassenen doet bij mij de vraag rijzen of wij de juiste cijfers hebben van het aantal kinderen die het nemen. Die kinderen worden ook volwassen en wij weten toch ook dat als ze 18 jaar worden, ze niet plots zonder dat medicijn kunnen. Ik vind het een zeer raar dossier en een zeer rare denkpiste. Die kinderen moeten toch nog steeds die medicijnen nemen eens ze 18 jaar zijn. En de artsen zullen deze ook nog steeds voorschrijven. Het enige verschil is dat het niet terugbetaald wordt. Voor heel wat 18-jarigen, en als ze verder studeren ook 24-jarigen en 25-jarigen, kan dat een groot verschil zijn op het vlak van studieresultaten, als ze die medicijnen om financiële redenen niet meer kunnen krijgen.

Mijnheer de minister, ik stel voor om dit nogmaals grondig te bekijken. Als dit u echt na aan het hart ligt, zoals u zei in het begin van uw antwoord, stel ik voor dat u het nog eens grondig bekijkt en probeert een gulden middenweg te vinden.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

06 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De organisatie en de opleiding voor kinderintensieve zorg in België" (55036331C)
06 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'organisation des soins intensifs pédiatriques en Belgique et la formation en la matière" (55036331C)

06.01 Nathalie Muylle (cd&v): In het zorgprogramma voor kinderen, vastgelegd per KB sinds 2006, wordt geen melding gemaakt van kinderintensieve zorg. Bijgevolg is er in België momenteel geen specifiek wettelijk kader daarrond. Nochtans zijn enkele centra in ons land al meer dan 25 jaar gespecialiseerde eenheden voor kinderintensieve zorg, conform internationale criteria en met volledige multidisciplinaire omkadering. Die zorg gebeurt in de PICU's, de *pediatric intensive care units*. Ik heb er recent een in Gent bezocht. Die mensen leveren daar schitterend werk.

De Belgische Vereniging voor Kinderintensivisten (Be-Pics) is al een tijd vragende partij voor een nieuw en aangepast zorgprogramma pediatrie. Zij hebben een aantal aanbevelingen bezorgd. Ze willen de centralisatie van zorg voor kritiek zieke kinderen op PICU's met 24/7 medische en verpleegkundige zorg door speciaal daarvoor geschoold personeel.

Ons land heeft ook geen formeel erkende opleiding kinderintensieve geneeskunde. Er is geen wettelijk kader voor erkende opleidingscentra, opleidingsplaatsen en stagemeesters, wat er in andere landen wel is. Dit maakt het ons niet altijd makkelijk, zeker niet om zelf stages in het buitenland te doen of om buitenlandse mensen in België aan te nemen in deze centra. Ook daar is men vragende partij om in die opleidingen intensieve geneeskunde heel specifiek naar een kinderintensieve opleiding te gaan. U zou een brief ontvangen hebben met een aantal aanbevelingen. De vraag is om het zorgprogramma aan te passen en meer centralisatie toe te passen.

Staat u met hen in contact? Bent u bereid om ook hier iets mee te doen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik heb de open brief van Be-Pics niet zelf ontvangen. Wij hebben dat bij de administratie nagevraagd. Zij hebben die brief ook niet ontvangen. Ik heb er dus ook nog niet over gedialogeerd met hen.

De erkenningsnormen voor het zorgprogramma voor kinderen zijn momenteel geregeld door het KB van 13 juni 2006. De Raad van State heeft immers met een arrest van 8 december 2016 een later

koninklijk besluit, van 2 april 2014, vernietigd om een formele reden rond de adviesprocedure. In dat vernietigde KB van 2014 was een tertiair zorgprogramma pediatrische intensieve zorg voorzien. Echter, sinds 1 juli 2014 zijn de gemeenschappen, behoudens uitzonderingen, bevoegd voor de bepaling van erkenningsnormen voor zorgprogramma's. De bepaling van de erkenningscriteria voor beroepstitels is natuurlijk een federale bevoegdheid gebleven.

Recent heeft de Hoge Raad voor artsen een werkgroep pediatrie hersamengesteld die de niveau 2-titel pediatrie zal herevalueren, maar ook diverse voorstellen voor niveau 3-titels zal onderzoeken. De vraag naar de wenselijkheid van een niveau 3-titel pediatrische intensieve zorgen staat op de agenda. Het aantal beroepstitels moet enerzijds beperkt blijven, onder meer omwille van de flexibiliteit tijdens de carrière. Anderzijds pleiten zeer gespecialiseerde activiteiten voor een specifieke vorming en competenties die dan hetzij via het portfolio voorzien in artikel 8 van de wet kwaliteitsvolle praktijkvoering van 22 april 2019, hetzij met een beroepstitel bevestigd kunnen worden. Er zal bij de overwegingen ook rekening gehouden worden met eventuele evoluties voor de algemene niveau 3-titel intensieve zorgen, waarvan de Europese Unie overigens overweegt de opname te voorzien in bijlage 5 van de EU-richtlijn beroepskwalificaties van 2005 met het oog op automatische erkenning.

06.03 **Nathalie Muylle** (cd&v): Mijnheer de minister, het is een beetje raar, want ik heb de brief bij die aan u is bezorgd, evenals aan professor Ramaekers en het Agentschap Zorg en Gezondheid. Ik zal melden dat de brief daterend van februari van dit jaar blijkbaar niet goed is toegekomen.

Het is alvast goed dat er rekening wordt gehouden met de bevoegdheidsverdeling. Ik meen dat we ons tot de Vlaamse collega's moeten richten, zeker wat het systeem van de beroepstitels niveau 3 betreft. Ik heb begrepen dat dit opnieuw ter tafel ligt. Het is belangrijk dat we hierin verder kunnen gaan.

Volgens internationale standaarden doen de PICU's vandaag al heel veel, maar ze voelen zich een beetje verwaarloosd, zeker in het grote geheel van intensieve zorgen die in ons land zeer specifiek zijn. Bij de gemeenschappen wil men de kwaliteit enigszins centraliseren omdat men merkt dat er veel, maar niet altijd wordt doorverwezen naar die PICU's. Bovendien komt dit de kwaliteit niet altijd ten goede. Vaak komt men veel te laat binnen bij de PICU's.

Het is goed dat dit op tafel ligt en het zou goed zijn indien daarvoor een niveau 3-beroepstitel komt. Ik volg het dossier op en ik reken op uw steun daarvoor.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: M. Patrick Prévot nous a, entre-temps, informé qu'il ne pourrait plus nous rejoindre. Sa question n° 55036254C est donc reportée.

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het European Plotkin Institute for Vaccinology" (55036333C)
07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'European Plotkin Institute for Vaccinology" (55036333C)

07.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u al eerder ondervraagd over de 9,5 miljoen euro die bij de ULB is beland als winst ten gevolge van de installatie van het federaal testplatform daar. Die som zou volgens het rapport dat sindsdien gemaakt is integraal besteed zijn aan het European Plotkin Institute for Vaccinology, dat een samenwerking blijkt te zijn tussen de ULB en de UA. Hierover zouden in het voorjaar van 2020 al afspraken gemaakt zijn binnen de federale regering.

Mijnheer de minister, u leek daar in eerste instantie nogal verbaasd over. Was u op de hoogte van die geldstroom? Zo ja, sinds wanneer? Welke afspraken werden daarover gemaakt met de federale regering? Kunt u ons daar een neerslag van bezorgen? Vindt u het kunnen dat crisismiddelen op deze manier ingezet werden?

Wat houdt het Plotkin Institute precies in? Hoe wordt het gefinancierd? Wat zijn de doelstellingen ervan? Hoe verhoudt dit instituut zich tot Vaccinopolis? Is er een gemeenschappelijke of een aparte

financiering? Hoeveel federale middelen zijn besteed aan enerzijds het Plotkin Institute en anderzijds Vaccinopolis?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, in uitvoering van artikel 13, § 1 van de overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en de laboratoria van het federaal platform is bevraagd hoe de toegewezen budgettaire middelen binnen elk consortium verdeeld werden en welke afspraken er daarover werden gemaakt tussen de partners binnen het consortium. Daarnaast is bevraagd welke bestemming de middelen kregen die niet rechtstreeks en onmiddellijk werden aangewend voor het uitvoeren van laboratoriumanalyses.

De antwoorden zijn binnengekomen tegen 31 januari van dit jaar. Het overzicht is terug te vinden op de website van het RIZIV. Uit het antwoord van de ULB bleek inderdaad dat het restsaldo werd aangewend voor de opbouw en de indienststelling van het European Plotkin Institute for Vaccinology. Dit instituut verwijst naar de oprichting van een *European anti-infectious unit* in België, waartoe beslist is door de ministerraad in mei 2020. Deze beslissing komt voort uit de vergadering van het Biopharma Platform van donderdag 26 maart 2020, waar de regering zich destijds heeft uitgesproken voor de oprichting van een dergelijke unit.

Het European Plotkin Institute kan worden beschouwd als een soort koepel voor enerzijds Vaccinopolis bij de Universiteit Antwerpen en anderzijds het Institute for Medical Immunology van de ULB. Het werd geïnaugureerd op 24 mei 2022 en heeft campussen in Brussel en Antwerpen. Het doel ervan is de evaluatie en de ontwikkeling van kandidaat-vaccins te versnellen. Het instituut zal klinisch, immunologisch en microbiologisch onderzoek verenigen. Er zullen ook *controlled human infection studies* plaatsvinden, de zogenaamde *CHIM-studies*. Het instituut zal ook wereldwijde samenwerking coördineren. U vindt deze elementen overigens terug op de website van de ULB wanneer u zoekt naar "*inauguration de l'European Plotkin Institute for Vaccinology*."

Bij de initiële beslissing van de vorige regering is er 20 miljoen euro verdeeld, namelijk 13,5 miljoen euro voor de Universiteit Antwerpen en 6,5 miljoen euro voor de ULB. Dat was een subsidie die bij koninklijk besluit toegekend werd aan deze instellingen. Voor de UA betekende dit een doorstart voor Vaccinopolis en voor de ULB de start van de oprichting van labs die beantwoorden aan *biosafety level 2* en *biosafety level 3*.

Het resterende bedrag van 9,5 miljoen dat de ULB ontving ingevolge de deelname aan het federaal testplatform is gebruikt voor de verdere organisatie van deze unit bij de ULB, met als doel bij te dragen tot de ontwikkeling van vaccins of immunotherapieën om infectueuze menselijke ziektes te beheersen, inzonderheid door de uitvoering van klinische studies en immunologisch onderzoek.

In het oorspronkelijke dossier dat voorlag in de ministerraad in mei 2020 waren de kosten geraamd op 13 miljoen voor de ULB. Ondertussen, zo hoor ik, zijn de kosten gestegen wegens de stijging van de bouwkosten en hebben ze het restsaldo van het federaal testplatform daarvoor gebruikt.

Het is misschien nuttig dat ik even citeer wat er destijds gezegd is over deze infectiebestrijdingseenheid. De doelstelling was de ontwikkeling van vaccins te versnellen en de rol van België in de evaluatie van vaccins op Europees niveau te consolideren. Ten tweede wilden we ook een hoog niveau van paraatheid voor de beheersing van (her)opkomende infecties garanderen. Ten derde was er de uitvoering van studies van gecontroleerde infecties bij mensen, om zo België een unieke plaats te geven binnen Europa voor de evaluatie van mogelijke vaccins. Ten vierde wilden we de capaciteit voor klinisch onderzoek in vaccinologie, fase 1 tot en met 3, verhogen en structureren. Ten vijfde hadden we de doelstelling om spitsonderzoek in vaccinale immunologie te ontwikkelen door het nauw te integreren in het klinisch onderzoek. Ten zesde wilden we het onderzoek in vaccinale immunologie in België stimuleren door het ontwikkelen van complementariteit en synergie tussen de verschillende academische centra. Ten zevende was er de versterking van de verankering van het Belgisch vaccinologisch onderzoek in de internationale initiatieven, in het bijzonder door middel van samenwerkingsverbanden met stichtingen en onderzoeksorganisaties, zoals CEPI, de Coalition for Epidemic Preparedness Innovations.

Dat zijn de officiële doelstellingen van deze infectiebestrijdingseenheid, die in 2020 forse steun heeft gekregen van de vorige Belgische regering, onder leiding van mevrouw Wilmès. Ik meen dat die

doelstellingen beantwoorden aan het verzekeren van onze leidinggevende rol op wereldvlak op het gebied van vaccinaties. Dat blijkt ook belangrijk vanuit het oogpunt van *preparedness*. Ik denk dat daar absoluut niets mis mee is.

Ik wil wel herhalen wat ik in mijn eerdere antwoord heb gezegd over het federaal testplatform, met name dat in de toekomst nauwkeuriger zou moeten worden omschreven hoe men opvolgt wat er met de middelen gebeurt en welke de mogelijke bestemmingen van restsaldo's kunnen zijn. Ik meen dat we op dat vlak de les hebben geleerd dat dit onvoldoende nauwkeurig omschreven was.

Als er 9,5 miljoen euro extra is gebruikt voor deze infectiebestrijdingseenheid, vind ik dat op zich wel een zeer goede zaak

07.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u de afgelopen jaren herhaaldelijk ondervraagd over de besteding van die middelen en elke keer hebt u gezegd dat die de zorg ten goede kwamen, dat ze naar de ziekenhuizen gingen die ondergefinancierd waren. Dat vond ik op zich al heel oneerlijk, want andere ziekenhuizen, denk maar aan de Limburgse ziekenhuizen waar er geen federaal testplatform was, hadden die extra middelen niet.

Nu blijkt ook nog eens dat er 9,5 miljoen euro extra aan crisismiddelen is doorgestroomd om een nieuw instituut op te richten, waarbij experts betrokken zijn die het advies gegeven hebben om federale testplatformen op te richten en die ook advies hebben gegeven over de middelen die zij daar graag naartoe zagen vloeien. In plaats van naar extra testcapaciteit en crisisbeleid is dat geld naar experts gegaan die daardoor hun eigen prestige alleen kunnen vergroten.

Ik vind dat echt onbehoorlijk beleid. Het is niet transparant en het is een ongeoorloofde transfer van middelen. Ik vind dat dit geld terug moet. De zorg kreunt onder een gebrek aan middelen. Dat geld moet gewoon teruggevorderd worden. Er is al 20 miljoen euro naar dat instituut gegaan. Daar komt nu blijkbaar ongemerkt, want u was daarvan niet op de hoogte als we u mogen geloven, nog eens 9,5 miljoen euro zomaar bij. Ik kan er met mijn verstand niet bij hoe zoiets kan gebeuren. Er zijn dan nog afspraken over gemaakt, die nu boven water komen omdat ik er meermaals naar heb gevraagd. Anders had niemand dit ooit geweten. Dat is ongehoord op een moment waarop we zoveel moeite moeten doen om onze begroting ergens naar te laten lijken.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanbevelingen van de FAO met betrekking tot cruciale bronnen van voedingsstoffen" (55036348C)
08 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les recommandations de la FAO concernant les sources essentielles de nutriments" (55036348C)

08.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): De Voedsel- en Landbouworganisatie van de VN (FAO) pakt uit met een opmerkelijke studie. De organisatie bestempelt vlees, melkproducten en eieren als cruciale bronnen van voedingsstoffen waar veel nood aan is. Daarenboven benadrukt de FAO dat deze bronnen niet gemakkelijk uit plantaardige voeding gepuurd worden. De FAO onderzocht de bijdrage van voeding van dierlijke oorsprong aan een gezond eetpatroon. Daarvoor bekeek de FAO de voor- en nadelen van de consumptie van dierlijke voedingsproducten op basis van gegevens van meer dan 500 studies en zowat 250 beleidsdocumenten.

De FAO heeft oog voor de risico's van vleesconsumptie, die het risico van sterfte en chronische ziektes kan verhogen, bijvoorbeeld cardiovasculaire aandoeningen of darmkanker. Anderzijds zou de consumptie van gematigde hoeveelheden niet-verwerkt rood vlees een minimaal risico met zich meebrengen. Het bewijs van enig verband tussen melk-, eieren- en pluimveeconsumptie bij gezonde volwassenen en aandoeningen zoals hart- en vaatziekten is niet overtuigend voor melk of insignificant voor eieren en pluimvee.

Hoe beoordeelt u de bevindingen van de FAO over het belang van vlees, melkproducten en eieren in ons voedingsdieet? Welke conclusies trekt u uit deze studie over de aan te bevelen voedingspatronen voor onze burgers?

Welke implicaties hebben deze bevindingen op het al dan niet fiscaal stimuleren of ontraden van het verbruik van voedingsmiddelen? Welke initiatieven acht u noodzakelijk om vegetariërs en veganisten te verzekeren dat ze geen tekort oplopen van de stoffen die vooral door consumptie van vlees, melk en eieren worden opgenomen?

Voorzitster: Gitta Vanpeborgh.
Présidente: Gitta vanpeborgh.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Als minister van Volksgezondheid zijn aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie voor mij belangrijk. Ik verwijs daar ook graag naar. De FAO verdedigt andere, eerder economische belangen. Het blijkt dat volksgezondheidsbelangen enerzijds en landbouw- en economische belangen anderzijds niet altijd in dezelfde richting lopen.

Zo is het vandaag duidelijk dat zowel voor gezondheids- als duurzaamheidsdoelstellingen de consumptie van dierlijke eiwitten moet worden beperkt ten gunste van plantaardige eiwitten. Algemener moeten we neigen naar een meer plantaardig dan dierlijk dieet. Dat blijkt vooral uit de EAT-Lancet-studie, maar ook uit het materiaal dat verzameld is voor de Europese Green Deal en de Farm to Fork Strategy van de Europese Commissie, alsook uit recente voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad.

In de lijst van bijdragen van voedselgerelateerde risicofactoren aan DALYs (*disability-adjusted life years*) voor België zijn vier van de eerste vijf factoren gekoppeld aan een te lage consumptie van plantaardige producten, dus diëten die arm zijn aan volle granen, fruit, noten en zaden en groenten. Het is duidelijk dat we veeleer ziek worden door een gebrek aan plantaardige producten dan aan dierlijke producten. De overmaat aan bewerkt vlees en rood vlees vormen daarentegen risicofactoren in dezelfde lijst, respectievelijk op de negende en de twaalfde plaats.

Ook moeten we de milieu-impact van onze voedselproductiemethoden verminderen. Dat betekent dus dat we de consumptie van dierlijke eiwitten moeten verminderen.

Onze voedingsaanbevelingen, gepubliceerd in 2019 door de Hoge Gezondheidsraad, stellen de voedingswaarden van de consumptie van vlees, melk of eieren in een evenwichtige voeding in voldoende hoeveelheden niet ter discussie. De Hoge Gezondheidsraad raadt aan niet meer dan 300 gram rood vlees en 30 gram charcuterie per week te consumeren om met name risicofactoren voor dikkedarmkanker te voorkomen. Melk, eieren en vlees worden niet ter discussie gesteld in een evenwichtige voeding, maar het is mogelijk om een vegetarisch dieet te volgen, zelfs een veganistisch dieet, zonder aan voedingstekorten te lijden. Het klopt wel dat men om elk tekort aan essentiële voedingsstoffen te voorkomen, goed geïnformeerd moet zijn. Dat geldt vooral voor risicogroepen zoals jonge kinderen of zwangere vrouwen. In 2021 heeft de Hoge Gezondheidsraad ook specifieke aanbevelingen voor vegetarische voeding gepubliceerd.

Op het vlak van fiscaliteit zouden minister Van Peteghem en ikzelf graag een gezondheidsshift realiseren, waarbij de indirecte belastingen op verse groenten en fruit worden geminimaliseerd. Het btw-tarief zou naar 0 % zakken. Het is een moeilijke discussie. Wij blijven ervan overtuigd dat dat een goede zaak zou zijn, maar er is nog geen besluit genomen.

Président: Thierry Warmoes.
Voorzitter: Thierry Warmoes.

Zoals ik al vermeldde, heeft de Hoge Gezondheidsraad aanbevelingen over vegetarische voeding geformuleerd. Daarnaast zorgen Kind en Gezin en ONE ervoor dat ouders die voor een vegetarisch dieet hebben gekozen, in hun consultaties en op hun websites aanbevelingen krijgen om mogelijke tekorten bij kinderen te vermijden. Gezondheidswerkers, dus huisartsen, kinderartsen en diëtisten, kunnen ook patiënten informeren over de essentiële voedingsstoffen die ze moeten controleren en over

het belang van een uitgebalanceerd dieet.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, mijn vriendin is vegetarisch en zij zal blij zijn met uw antwoord. Ik probeer ook zelf zoveel mogelijk mee te doen.

08.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, alle respect voor vegetariërs en veganisten. Het is belangrijk dat zij zich er ook van bewust zijn dat als zij hun dieet niet aanpassen, bepaalde voedingsmiddelen te kort kunnen komen. Dat is ook hetgeen de FAO benadrukt, namelijk dat de vlees- en melkproducten en eieren tijdens bepaalde cruciale levensfases een belangrijke rol spelen. Het gaat over de zwangerschap, tijdens de borstvoeding, de kindertijd, de adolescentie en op oudere leeftijd.

Mijnheer de minister, de FAO is inderdaad een organisatie die misschien iets meer de landbouw- en economische belangen dient, maar zij heeft haar beweringen natuurlijk wel gebaseerd op de gegevens uit 500 studies. Dat is niet onbelangrijk.

Mijn kernboodschap is dat wij moeten sensibiliseren, zodat de nodige voedingsstoffen worden opgenomen, ook door mensen die ervoor kiezen geen dierlijke producten te consumeren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De postcoronastudie van BELSPO met een budget van 7 miljoen" (55036361C)
09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude post-covid menée par BELSPO pour un budget de 7 millions" (55036361C)

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u kondigde, samen met staatssecretaris Dermine, een postcoronastudie aan met een budget van 7 miljoen om lessen te trekken uit de coronacrisis. BELSPO zou die studie trekken. U gaat er kennelijk van uit, zo begrijpen wij uit het perscommuniqué, dat die studie zal dienen om de blinde vlekken in de OESO-evaluatie op te vullen. Waarom denkt u dat er blinde vlekken zullen zijn? Waarom konden die blinde vlekken niet worden geanticipeerd en opgenomen in de OESO-evaluatie? Wat is de concrete opdracht van de postcoronastudie? Wat is de exacte tijdslijn? Hoeveel kost de OESO-evaluatie en wat is daar de exacte tijdslijn van?

Ook het Strategic Scientific Committee zou advies uitbrengen over de toekomstige pandemische beheersstrategie. Wat is de concrete taak van het SSC dan nu nog?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik ben enigszins verrast dat u hier nogal kritisch naar kijkt. Het is gewoon goed dat we bijkomend onderzoek in ons land financieren. We hebben inderdaad gezegd dat alles 100 % afdekken en elk bijkomend onderzoek overbodig maken, een illusie is.

Ik ga ervan uit dat de OESO-studie zeer omvattend, volledig en multidisciplinair zal zijn en alle aspecten zal onderzoeken. Toch is het interessant bijkomend onderzoek te doen. We kunnen niet verwachten dat de OESO alles in detail over alle sectoren zal hebben kunnen bekijken. Ik denk, bijvoorbeeld, aan toerisme. Zal de OESO de impact op onze toeristische sector uitputtend onderzocht hebben? Dat weet ik niet. Dus, de BELSPO-studies, die komen na de afronding van de OESO-studie, laten toe complementair elementen van evaluatie op tafel te leggen. Het is gewoon interessant en het is een wetenschappelijke benadering om niet a priori te zeggen dat alles beantwoord zal zijn.

Wat is de concrete opdracht? Het programma heeft als doel het opbouwen van wetenschappelijke kennis over de gevolgen van de coronacrisis en daaruit lessen te trekken, met name voor de federale overheid, ons beter voor te bereiden op een toekomstige pandemie en eventueel resterende hiaten in ons inzicht in complexe maatschappelijke processen te identificeren.

Het doel van het programma uitgevoerd door Federaal Wetenschapsbeleid in samenwerking met de FOD VVVL is dan ook om Belgische onderzoekers uit te nodigen om die hiaten te verkennen via

onderzoek gegroepeerd in vier thema's, namelijk welzijn, ongelijkheden en kwetsbaarheden, democratisch bestuur en pandemische intelligentie.

Belgische onderzoekers hebben tot 6 juli om hun onderzoeksvoorstellen in te dienen. Na een wetenschappelijke evaluatie van de kwaliteit van de voorstellen gebaseerd op een peer review, in twee stappen door buitenlandse experten zal rond eind oktober een voorstel van selectie worden voorgelegd aan mij en aan staatssecretaris van Wetenschapsbeleid Dermine. De geselecteerde onderzoeksprojecten zullen dan, na de opmaak en vastlegging van de contracten in november, eind 2023 concreet van start kunnen gaan. De projecten hebben een duur van 24 tot 30 maanden, gevolgd door een periode van 1 tot 6 maanden om de wetenschappelijke resultaten te bespreken met de stakeholders. Daarmee wordt beoogd onderzoekers, ministers, administraties en groepen die belang hebben bij het thema van het project uit te nodigen om de verkregen wetenschappelijke resultaten te bespreken en die om te zetten in aanbevelingen en *lessons learnt*.

De interface tussen wetenschapsbeleid en samenleving die zo tot stand komt, moet leiden tot een vruchtbare en constructieve dialoog tussen alle betrokkenen. De onderzoekers zijn vrij om binnen die grenzen de timing van hun project te bepalen. De projecten hebben een looptijd van 25 tot 36 maanden, wat betekent dat de volledige set van resultaten en aanbevelingen uiterlijk in november 2026 worden verwacht.

U vraagt hoeveel de OESO-evaluatie kost en wat de tijdlijn is. Voor de OESO-evaluatie trekken we 1,6 miljoen euro uit. De finale versie van het rapport wordt verwacht voor het einde van dit jaar. In mei zal de OESO vragenlijsten verspreiden, in juni een brede bevraging, een onlinesurvey, organiseren bij de gemeentebesturen, de scholen en de ziekenhuizen en in juli een reeks interviews doen bij betrokken actoren. Vanaf augustus tot midden november worden de resultaten gevalideerd.

U had een vraag over het Strategic Scientific Committee (SSC). Dat is bevoegd om aan de RMG multidisciplinaire wetenschappelijke adviezen te geven met betrekking tot maatregelen, beheersstrategie en beleidsvoorbereiding ten behoeve van de coronagezondheidscrisis en de nazorg van de crisis. Ten tweede is het SSC bevoegd om aan de RMG multidisciplinaire wetenschappelijke adviezen te geven met betrekking tot de voorbereiding op een volgende pandemie. Het gaat dus over de *preparedness* in alle aspecten: gezondheid, mentaal welzijn en de socio-economische impact. Het SSC heeft een strategische, maar ook een operationele opdracht die een mooie aanvulling is op het wetenschappelijke onderzoek en de internationale evaluatie die nu momenteel tot stand wordt gebracht.

09.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, u klinkt wat vaag wanneer u zegt dat nog het nog onduidelijk is wat we gaan doen, maar dat er wellicht nog wat blinde vlekken zullen zijn. Het budget van 7 miljoen euro voor een bijkomende studie veronderstelt dat u bijzonder veel blinde vlekken verwacht, gelet op het feit dat de OESO-studie slechts 1,6 miljoen euro kost. Een budget van 7 miljoen euro is immers niet niks. Ik vraag me af of hiervoor niet de uitdrukking 'de vis verdrinken' voor is uitgevonden.

Zowel het SSC, de OESO, BELSPO en de FOD zullen de crisis onderzoeken, zij het rijkelijk laat. Andere landen zijn allang klaar met hun evaluatie, terwijl België er nog niet eens aan begonnen is. De interviews moeten immers nog beginnen. Mijn grote, oprechte bezorgdheid is dat we veel lessen zullen laten liggen, omdat de ervaringen beginnen vervagen. Dat mogen we niet laten gebeuren. We moeten de scherpte behouden en eerlijk kijken naar de aanpak van de crisis en zowel de goede als de slechte punten benoemen. We moeten daar lessen uit trekken en ik vrees dat dat te weinig en te laat zal gebeuren.

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Het is nooit goed voor u. Een externe vraag aan de OESO is niet goed. We trekken geld uit voor een onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek. Ook dat is niet goed. Dat is toch wat vreemd, mevrouw Gijbels.

09.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het is gewoon te laat, mijnheer de minister. U geeft aan dat de OESO een onderzoek zal uitvoeren, maar blijkbaar zal dat niet goed genoeg zijn. Daarom bestelt u een extra studie van 7 miljoen euro, zonder dat u eigenlijk weet wat precies moet worden onderzocht, maar toch weet u al dat dat 7 miljoen zal kosten.

09.06 Minister **Frank Vandenbroucke:** (…)

09.07 Frieda Gijbels (N-VA): Ik ben er zeer bezorgd over. Dat is het enige wat ik daarover wil zeggen. Ik hoop dat er een coherent geheel uitkomt waarmee we iets kunnen aanvangen en dat de ene de andere niet met de vinger zal wijzen voor hiaten in de evaluatie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Flexi-jobs in de zorg" (55036362C)
10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les flexi-jobs dans les soins de santé" (55036362C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, sinds 2023 is het mogelijk hulppersoneel in te schakelen in de zorgsector via flexi-jobs. Klopt het dat die flexi-jobs bijvoorbeeld wel mogelijk zijn in een huisartsenpraktijk, maar dan weer niet in een tandartsenpraktijk? Indien dat klopt, welke ratio wordt gehanteerd om de sectoren te bepalen die in aanmerking komen voor flexi-jobs? Zijn er andere sectoren binnen de zorgsector vragende partij om flexi-jobbers in te schakelen? Indien ja, meent u dat er nog aanpassingen mogelijk zijn?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, de flexi-jobs in de zorgsector werden mogelijk gemaakt in het paritair comité 330 en de gelijkaardige instellingen en diensten uit de openbare zorgsector. Dat betekent dat flexi-jobs mogelijk zijn zowel in de huisartsenpraktijken als in de praktijken van tandartsen, voor zover het gaat om niet-zorgfuncties en die jobs onder het paritair comité 330 vallen.

De uitbreiding van de sectoren waarin flexi-jobs mogelijk zijn, werd beslist binnen de regering. Ze is beperkt tot sectoren met een bepaalde maatschappelijke waarde, die veel flexibiliteit nodig hebben en met een grote vraag naar arbeid, die niet altijd kan worden aangevuld met of vervangen door technologie. Het gaat dus om sectoren waarin er pieken in de vraag zijn en waarvoor de toepassing van de flexi-jobsregeling het mogelijk zal maken die piek op te vangen.

Binnen het toepassingsgebied van het paritair comité 330, zijnde het sectorcomité voor de zorg, kreeg ik al meerdere malen de vraag om de flexi-jobs uit te breiden naar de zorgfuncties, die nu uitgesloten zijn. De keuze om dat niet te doen, is heel bewust. Personen die zorgfuncties uitvoeren, moeten immers een bijzondere kwalificatie hebben om zorghandelingen te verrichten. Een kwaliteitsvolle zorg rond het bed van de patiënt gaat bovendien over een dienstverlening door gekwalificeerd personeel, ingebed in een zorgequipe. Dat kan niet worden bewerkstelligd met het systeem van de flexi-jobs.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, voor alle zekerheid, want er bestaan toch wat misverstanden over: kunnen individuele tandartsenpraktijken dus ook een beroep doen op flexi-jobbers?

De huisartsenpraktijken worden immers apart vernoemd, maar de tandartsenpraktijken niet. Daarover is er enige verwarring in de sector. U weet ook dat de zorgvraag daar momenteel heel groot is. Vooral de kleine tandartsenpraktijken zouden dan ook graag een beroep doen op flexi-jobbers. Hun wordt echter vaak verteld dat dat voor hen niet mogelijk zou zijn.

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, het enige wat ik me kan indenken, is dat er een discussie is over de vraag of zij onder dat paritair comité vallen. Ik stel voor om dat eens van dichterbij te bekijken. Ik ben niet gekant tegen flexi-jobs in die sector, maar de flexi-jobs zijn per paritair comité geregeld en daarvan zullen we niet afstappen. Het gaat erom orde te brengen in dat landschap. Ik stel voor om me de aanwijzingen die u daarvoor hebt door te sturen, dan kan ik ze van dichterbij bekijken.

10.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal dat doen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

11 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étiquetage des médicaments en fonction de l'impact sur l'aptitude à conduire" (55036367C)
11 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De etikettering van geneesmiddelen in het licht van de impact op de rijvaardigheid" (55036367C)

11.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, le plan fédéral pour la sécurité routière 2021-2025 contient 32 mesures ambitieuses avec des objectifs liés à certains comportements à risque, notamment "améliorer l'étiquetage des médicaments en fonction de l'impact sur l'aptitude à conduire".

Il est reconnu que les substances et médicaments psychotropes peuvent affecter la conduite, mais ce ne sont pas les seuls. Des médicaments tels que les antihistaminiques, les médicaments contre le mal des transports et les bétabloquants peuvent également avoir un effet néfaste sur la capacité de conduire.

Par ailleurs, l'utilisation d'une substance psychotrope rend la conduite très dangereuse pour tout le monde – qu'il s'agisse d'un conducteur, d'un passager, d'un cycliste ou d'un piéton.

Selon une étude de Vias, on estime qu'environ 3 à 4 % des accidents de la route chaque année sont dus à l'influence négative des médicaments. Pour la Belgique, cela représente entre 1 100 et 1 500 accidents par an.

Il est interdit par la loi de conduire sous influence. Cette interdiction ne fait aucun débat. Elle est le plus souvent associée à la conduite sous l'influence d'alcool ou de drogues. Le législateur fixe d'ailleurs une quantité maximale admissible objective dans le corps du conducteur pour ces substances.

Cependant, pour la plupart des médicaments, il n'y a pas de législation propre applicable mais une législation relative à l'affaiblissement des facultés, ne précisant pas la substance elle-même mais bien les conséquences fonctionnelles, à savoir les effets négatifs pour la circulation.

C'est pourquoi la prise en compte de cette problématique dans le plan fédéral pour la sécurité routière est une bonne nouvelle.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me confirmer qu'une réglementation d'étiquetage sera prise durant cette législature, comme c'est le cas en France?

Si oui, quel type d'étiquetage pour quels médicaments envisagez-vous? Dans quel délai ces mesures pourront-elles être mises en œuvre?

Si non, quelles mesures alternatives allez-vous proposer pour répondre aux besoins identifiés?

11.02 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Madame Hennuy, je n'ai pas d'objection de principe à cette proposition. Toutefois, l'utilisation de pictogrammes sur les emballages des médicaments est actuellement discutée au niveau européen dans le cadre de la révision de la législation pharmaceutique. Il est clairement demandé d'éviter les pictogrammes nationaux spécifiques et de rechercher au contraire des pictogrammes harmonisés au sein de l'Union.

En effet, les pictogrammes nationaux peuvent prêter à confusion. En outre, ils constituent une barrière pour les emballages qui peuvent être commercialisés dans plusieurs États membres, ce qui est important pour améliorer la disponibilité des médicaments.

J'ai été moi-même surpris, dans les débats que nous avons maintenant sur la problématique de la pénurie des médicaments, de voir à quel point la question des emballages et des notices est un frein pour résoudre des problèmes dans un esprit de solidarité entre États membres en cas de pénuries nationales. C'est quand même un problème important. Mais je soutiendrai certainement la proposition de fournir un document d'orientation distinct pour un ensemble commun de pictogrammes de l'Union européenne.

La situation sur le marché belge est également spécifique par rapport aux autres États membres. Les informations mentionnées sur les emballages de médicaments doivent être rédigées dans les trois langues nationales. Ceci a un impact sur la lisibilité des emballages. De plus, le pictogramme devra être accompagné d'un texte explicatif.

L'ajout d'un tel pictogramme dans les trois langues nationales aura donc un impact évident sur la lisibilité globale de l'emballage. Si, en conséquence, les entreprises doivent passer à des emballages plus grands, nous courons le risque que les titulaires des autorisations de mise sur le marché des médicaments retirent leurs produits du marché à cause des coûts trop élevés liés au fait de devoir se conformer à cette demande. Beaucoup d'emballages sur le marché belge sont des emballages Benelux. Ceci aura donc également un impact sur les autorités des Pays-Bas et du Luxembourg.

L'implémentation d'un tel pictogramme n'est, vu le contexte européen et la situation spécifique du marché belge, donc pas sans risque. Néanmoins, l'AFMPS développe un portail web adapté aux patients et contenant des informations sur les produits disponibles dans les pharmacies publiques. Les citoyens pourront ainsi trouver à tout moment des informations compréhensibles et objectives sur les médicaments, les dispositifs médicaux et les autres produits de santé délivrés en pharmacie.

L'une des rubriques de ce portail web sera: "Puis-je conduire une voiture si je prends ce médicament?" Elle permettra au citoyen de trouver des informations claires sur le médicament et l'influence potentielle de celui-ci sur la capacité à conduire.

C'est un projet de transparence vis-à-vis des citoyens qui me tient à cœur et je suivrai donc également cet aspect.

11.03 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Merci monsieur le ministre pour votre réponse. Évidemment, l'ambition de cette mesure est vraiment de développer une information conductrice très rapide, qui se trouve sur l'étiquetage. Des mentions existent déjà dans les notices, mais le problème réside dans le fait que les gens ne vont pas lire très précisément la notice. L'information existe donc, l'enjeu est plutôt d'avoir une information qui est très claire. En France, effectivement, un pictogramme a été adopté, avec un texte en français. Avec un peu de créativité, on pourrait imaginer avoir des pictogrammes très clairs, même sans texte. Sur certaines bouteilles d'alcool, l'image de femme enceinte barrée fait bien comprendre qu'on ne boit pas d'alcool quand on est enceinte. Un triangle avec une voiture dans un cadre vert, orange et rouge, sans texte, pourrait signifier un message très clair sur la dangerosité liée à la prise de médicaments.

Nous suivrons le dossier au niveau européen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen" (55036419C)
12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité des contraceptifs" (55036419C)

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het *European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights* gaf recent een update aan haar zogenaamde anticonceptieatlas. Hiermee gaan ze na in welke mate vrouwen toegang hebben tot anticonceptie. België daalde in deze update twee plaatsen in de rangschikking. Om de laagdrempeligheid te garanderen, doen de koplopers

in de rangschikking een beroep op het netwerk van apothekers. Het is echter zo dat vrouwen die anticonceptie nemen hiervoor een voorschrift van de huisarts nodig hebben, ook bij hernieuwing. Daaruit komt dan de vraag of dit nog steeds nodig is en of dit misschien een drempel vormt?

Welk belang hecht u aan de ranking, dus het verminderen van de toegankelijkheid van anticonceptie in ons land ten opzichte van andere lidstaten?

Staat u ervoor open om het hernieuwen van anticonceptie niet meer via de huisarts te laten verlopen, maar daarvoor naar de apothekers door te verwijzen, zoals door de Algemene Apothekersbond gesuggereerd in reactie op het rapport?

Hoe wilt u nagaan of er in de huidige regeling drempels bestaan die de toegankelijkheid verminderen? Dit zeker gezien het feit dat een voorschrift een jaar geldig is.

In welke mate zouden de procedures van het Verenigd Koninkrijk als leidraad kunnen dienen?

Een voorschrift kan een jaar geldig zijn via elektronisch voorschrift. Hebt u een zicht op het aantal gevallen waarin het voorschrift vervallen is en aldus de terugbetaling voor de patiënte niet mogelijk is?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, we zijn het erover eens dat we kwaliteitsvolle zorg moeten nastreven, maar ook met een efficiënte organisatie van ons zorgsysteem. In deze legislatuur zetten we noodzakelijke stappen bij de uitbouw van het beroep van apotheker als zorgprofessional. Ik sta open voor elk voorstel dat de zorg verder kan optimaliseren voor de patiënten en waarbij we alle nuttige zorgverstrekkers inschakelen. Wat betreft anticonceptie moeten we inderdaad inzetten op het wegwerken van overbodige drempels. Voor dit precieze voorstel van het vernieuwen van anticonceptie via de apothekers, moeten we ons eerst afvragen of er een grote nood aan is, en vervolgens of dit wel het gepaste antwoord is. Ik vang daarover geen eenduidige signalen op. Belangrijk om weten is dat artsen voorschriften kunnen verstrekken die een jaar geldig zijn. Na een jaar is het vanuit medisch oogpunt wenselijk dat de patiënt opnieuw een arts raadpleegt.

We bekijken welke drempels er in België nog zijn en welke we kunnen wegwerken. U hebt misschien ook gehoord in mijn antwoord aan mevrouw Farih enkele weken geleden dat dat altijd een vraag naar extra budgetten meebrengt. Ik vind het daarom belangrijk dat we goed nadenken over hoe we de meest kwetsbare groepen bereiken. We voorzien daarin al deels met de extra tegemoetkoming voor alle mensen met een verhoogde tegemoetkoming zonder beperking in leeftijd.

U haalt ook als een mogelijke drempel aan dat er anticonceptie moet worden voorgeschreven door een huisarts. Voor de noodanticonceptie, de morning-afterpil, is sinds september 2020 evenwel geen voorschrift meer vereist om de tegemoetkoming te verkrijgen. Er is ook geen leeftijdsgrens meer. De apotheker kan die noodanticonceptie afleveren op basis van de identiteitskaart van de patiënt. Dat betekent dat we in de meest urgente gevallen in anticonceptie kunnen voorzien.

Bij de *intrauterine devices* en dergelijke moet ook een ingreep worden ondergaan, want die *devices* moeten worden ingebracht. Het lijkt me dan ook logisch dat die in een ziekenhuis worden voorgeschreven en afgeleverd.

Anticonceptiepillen blijven hormoonbehandelingen, waarvoor een gesprek met een arts wenselijk blijft vooraleer men daarmee start. Er bestaan zeer veel verschillende preparaten en combinaties van hormoonpillen, die niet altijd even geschikt zijn voor elke patiënt. Ook qua nevenwerking is het wenselijk om door een arts te worden opgevolgd, in het belang van de patiënt.

Ten slotte is het tegenwoordig met de digitalisering van het voorschrift zeer eenvoudig om voorschriften enkel met de identiteitskaart af te halen in de apotheek.

U vraagt of wij weten wat het aantal gevallen is waarin een voorschrift vervallen is en dus terugbetaling niet meer mogelijk is. Het aantal voorschriften dat wordt verwijderd omdat de geldigheidsduur ervan verstreken is, blijft stabiel op ongeveer 800.000 per maand, op een totaal van 12,6 miljoen. Dit is het globale cijfer waarover ik beschik.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, 800.000 per maand vind ik toch vrij veel.

Mijn vraag ging totaal niet over de noodanticonceptie. Daarin hebt u volledig gelijk.

Ik ben het er ook met u over eens dat er bij hormonale therapieën een arts aan te pas moet komen. Zeker bij de opstart van een anticonceptiepil is een arts absoluut nodig. Het is ook belangrijk, zeker voor kwetsbare groepen, dat er één of desnoods twee keer per jaar contact is met een arts, zodat preventieve onderzoeken als een uitstrijkje en dergelijke, effectief gebeuren voor elke vrouw.

Waar ik mij wel zorgen over maak, is dat wanneer het voorschrift, dat één jaar geldig is, pas vervallen is, de vrouw voor de vraag staat: wat doe ik? Betaal ik de anticonceptie volledig uit eigen zak? Of koop ik ze niet? Dan is er wel een probleem.

Misschien is er een tussenoplossing mogelijk waarbij men zegt dat dergelijke voorschriften voor anticonceptie verlengd kunnen worden tot twee jaar. Twee jaar is de standaard voor preventieve onderzoeken naar baarmoederhalskanker. Dit is misschien een tussenweg waaraan u zou kunnen denken voor de 800.000 voorschriften die per maand vervallen. Per jaar zijn er zo dus een heel pak.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het stijgend gebruik van slaap- en kalmeermiddelen bij jongeren" (55036420C)
13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de la consommation de somnifères et de calmants par les jeunes" (55036420C)

13.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, we hebben het al vaker gehad over dit thema. Recent is er opnieuw een studie gepubliceerd waaruit blijkt dat 2,3 miljoen Belgen verslavende slaap- en kalmeermiddelen voorgeschreven krijgen. Het gebruik is vooral gestegen bij jongeren en dat is alarmerend.

Overconsumptie van benzodiazepines is al jaren een bekend probleem, er zijn voorbeelden genoeg van schrijnende situaties. Ik wil vooral focussen op de jonge gebruikers, van 15 tot 24 jaar. Dat aantal stijgt al vier jaar op rij. Voordien kregen meer dan 41.000 jongeren minstens één keer een benzo voorgeschreven. Wat echter opvalt, is dat bijna de helft van die jongeren nieuwe gebruikers zijn.

Dat het niet goed gaat met de psychologische gezondheid van jongeren is meermaals aangekaart. De cijfers schijnen ook het onderzoek van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) te bevestigen, daar werd de focus bij scholieren gelegd. Volgens dit onderzoek stijgt het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen binnen die doelgroep vooral bij meisjes. Op 8 mei werd er bevestigd dat, volgens de internationale HSBC-studie in 50 landen, het mentaal en fysiek welzijn van jongeren ook bij ons is gedaald. Hier is de daling het grootst bij meisjes: 59 %.

Vandaar mijn vragen voor u, mijnheer de minister.

Welk belang hecht u aan de berichtgeving? Hoe wilt u het langdurig gebruik van deze middelen bij jongeren aanpakken? Welke specifieke doelgroep binnen de jongerenpopulatie zou prioritair geholpen moeten worden? Op welke termijn ziet u eventuele maatregelen? Overweegt u om het afbouwschema dat recent terugbetaald wordt voor volwassen patiënten die benzodiazepines gebruiken bij de apotheker via een voorschrift van de huisarts ook bij minderjarige patiënten terug te betalen? Staat u open om de oorzaken van het verschil in mentaal welzijn tussen jongens en meisjes nader te onderzoeken?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik vind deze berichtgeving zeer zorgwekkend. Zoals u zegt, wijst ze op ten minste twee problemen.

Ten eerste is er de toenemende vaststelling van mentaal onbehagen bij jongeren, want er zijn redenen waarom ze hun toevlucht nemen tot dergelijke middelen. De toenemende klachten omtrent mentaal welzijn bij jongeren hebben we al vastgesteld tijdens de covidpandemie, maar die trend was allicht daarvoor al gestart. Daar moeten we ingrijpen, om te beginnen preventief. Dat maakt deel uit van de discussie over hoe we onze geestelijke gezondheidszorg moeten invullen, wat jongeren betreft. We hebben het er al vaker over gehad maar het blijft essentieel: we moeten jonge mensen snel ondersteuning bieden, zowel in groep als individueel, en ze veerkrachtiger doen worden vooraleer de problemen erger worden. Er moet voorts een alternatief worden geboden voor het grijpen naar een pil.

Ten tweede is het voorschrijfgedrag wat benzodiazepines betreft problematisch, en daar wil ik op focussen. Ik denk dat u daar als apotheker met lede ogen naar kijkt. We moeten dus in actie schieten. In de eerste plaats met bewustmaking.

Ik heb net deze ochtend samengezeten met medewerkers van mijn kabinet en mijn administratie om na te denken over een campagne die wij zullen lanceren, die zowel sensibiliserend, informatief als vormend is. Ze zal specifiek gericht zijn op huisartsen, maar ook op apothekers en psychologen. Wij willen met name aangeven hoe hiermee dient te worden omgegaan, zowel met psychofarmaca in het algemeen, maar ook specifiek met benzodiazepines. Zowel het gebruik als het voorschrijfgedrag dienen te worden in overweging genomen en er moet worden nagedacht over alternatieven. Ik vind het erg belangrijk dat huisartsen en klinische psychologen weten dat hun patiënten terechtkunnen bij de apotheker voor een ontwenningsprogramma indien hun benzodiazepinegebruik problematisch is. Voorts is het belangrijk dat apothekers dit aanbod aan het ontwikkelen zijn en dat ze de eerstelijns psychologische zorg kennen en er mensen naar kunnen doorverwijzen.

Ik denk dat de samenwerking tussen die drie grote actoren – apothekers, huisartsen, klinische psychologen en orthopedagogen – in de geestelijke gezondheidszorg, hierin echt essentieel is. We moeten veel meer inzetten op de verwijzing naar deze mensen, zodat men bij goede hulp terechtkomt.

Ik sta ook absoluut open voor de uitbreiding van het project dat nu bij de apothekers loopt met betrekking tot de ontwenning van benzodiazepines bij jongeren. Daarover is nog geen beslissing genomen, voor alle duidelijkheid. Ik wil eerst evalueren wat het huidige project oplevert. Als dat positief wordt geëvalueerd en als ik daarvoor de middelen vind, is een uitbreiding naar jongeren absoluut te overwegen.

Farmanet bevat geen gegevens over het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen, omdat dit geen vergoede geneesmiddelen zijn, en ook niet over de duur van de behandeling, de diagnose en het profiel van de voorschrijvende artsen. Daarom loopt er sinds maart 2021, in samenwerking met Sciensano, een onderzoeksproject via het netwerk van de huisartsenpeilpraktijken, dat meer inzicht moet bieden in de voorschriftpraktijken van de huisartsen met betrekking tot alle psychofarmaca bij kinderen en adolescenten. Ik verwacht het eindrapport in maart 2024. Het is jammer dat het nog zo lang duurt. Ik denk dat deze gegevens zeer belangrijk zullen zijn om onze acties verder te ontwikkelen.

Een belangrijk moment voor mij is dit najaar, wanneer we een grote sensibiliseringscampagne lanceren, die we eigenlijk zouden moeten kunnen bouwen op de synergie van de actie tussen apothekers, klinische psychologen en huisartsen met hetzelfde doel: veel minder benzo's voorschijven en gebruiken en alternatieve oplossingen zoeken.

13.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is absoluut zo dat een multidisciplinaire samenwerking tussen huisartsen, apothekers en psychologen de patiënten vooruit zal helpen. Ik zou echter niet wachten met het inschakelen van de afbouwschema's voor jongeren. U zegt dat u wacht op de evaluatie. U zult wachten tot u geld vindt. Ik denk dat u veel meer geld zult uitgeven aan de bijwerkingen die het overtollige gebruik van kalmeer- en slaapmiddelen bij jongeren met zich meebrengt, dan aan de afbouwtherapie die bij de huisartsen en apothekers zou kunnen worden opgestart. Voor onze jongeren mogen we niet wachten. Het is vijf voor twaalf, de mentale gezondheidszorg en het mentaal welzijn van jongeren staan onder druk en we moeten nu handelen.

De sensibiliseringscampagne voor artsen en apothekers is een prima initiatief, maar ik begrijp de moeilijkheden die de voorschrijvende arts ervaart. Men heeft immers een zeer onrustige jongere voor zich, met de ouders erbij. In geval van de onbeschikbaarheid van individuele therapie door een

psycholoog – er moet immers vaak met groepstherapieën worden gewerkt, terwijl dit voor bepaalde jongeren erg moeilijk is – schrijft de arts dat pilletje voor, tegen de wetenschappelijke inzichten in, aangezien er geen andere mogelijkheden zijn.

We moeten er dus voor zorgen dat die cirkel sluitend is en dat er mogelijkheden zijn voor die evidencebased multidisciplinaire samenwerking en het evidencebased afbouwschema. Waar wacht u nog op? Beslis het nu en niet na een evaluatie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ernstige stockbreuk van kindergeneesmiddelen" (55036421C)
14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grave rupture de stock de médicaments pédiatriques" (55036421C)

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de wet op de ontbrekende geneesmiddelen werd drie jaar geleden al goedgekeurd, maar de situatie is nog altijd problematisch. U bent ingegaan op verschillende oorzaken van de stockbreuk van geneesmiddelen, maar ik moet vandaag vaststellen dat er opnieuw een probleem is. Al tien maanden ontbreekt het geneesmiddel cefuroxim in siroopvorm. Sinds enkele weken zijn ook de tabletten niet meer te vinden. De stockbreuk is er bij alle verschillende producenten van het geneesmiddel.

Daarnaast kunnen wij voor urinaire infecties nitrofurantoïne voorschrijven of bereiden, maar ook daarvan is de stock volledig opgedroogd. Dat is ernstig, want volgens de WHO gaat het om essentiële medicatie, waarmee kinderen die een infectie hebben aan de urinewegen geholpen kunnen worden.

U zei bij voorgaande casussen vaak dat de stockbreuken ernstig zijn, maar dat wij niet moesten overdrijven, omdat er alternatieven waren, maar voor kinderen met urineweginfecties zijn er amper nog alternatieven. Wij zouden ciprofloxacine kunnen gebruiken, maar dat is een duur antibioticum, dat ook negatieve effecten heeft. Voor kinderen, zeker bij het opgroeien, zijn er wat dat betreft toch een aantal alarmsignalen.

Wanneer werd u op de hoogte gebracht van de stockbreuken en welke voorstellen en maatregelen voorziet u om de negatieve spiraal aan stockbreuken te stoppen? Op welke termijn ziet u de uitrol van eventuele ingrepen? Wat is de oorzaak van deze specifieke stockbreuken?

Kunt u de stand van zaken van het nog ontbrekende KB rond de tegemoetkoming aan de patiënt voor extra kosten bij stockbreuk meedelen? Hebt u hierover overlegd met de stakeholders?

In hoeverre zult u maatregelen nemen zoals in Nederland, waar producenten en groothandelaars in een verplichte stock aan geneesmiddelen voor de Nederlandse markt moeten voorzien? Dat is, bijvoorbeeld voor urineweginfecties, zeker noodzakelijk.

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, om te beginnen wil ik eraan herinneren dat elke vergunninghouder wettelijk verplicht is om een tekort te melden aan het FAGG.

Er is één orale suspensie op basis van cefuroxim gecommercialiseerd in België. De tijdelijke onbeschikbaarheid van die vorm werd in augustus 2022 gemeld aan het FAGG. Het FAGG laat mij weten dat het tekort zou duren tot 12 mei 2023.

Er zijn tien specialiteiten die cefuroxim in tabletvorm bevatten gecommercialiseerd in België. Een aantal ervan is tijdelijk onbeschikbaar. Sommige ervan waren onbeschikbaar en zouden volgens de informatie op FarmaStatus opnieuw beschikbaar zijn. Ten slotte zijn er twee specialiteiten op basis van nitrofurantoïne gecommercialiseerd in België.

Het tekort van Furadantine MC 100 mg werd gemeld op 16 februari van dit jaar en zou duren tot 15 mei, gisteren dus. Furadantine MC 50 mg is wel beschikbaar. Tot daar de meldingen en wat FarmaStatus

daarover zegt.

Ten tweede, we moeten de oorzaken vaak internationaal zoeken. We hebben ook een aantal maatregelen genomen en er zijn er nog een aantal in voorbereiding. Wat de voorraden betreft, verwijs ik naar het pilootproject inzake stockmonitoring bij verschillende categorieën van stakeholders dat we binnenkort zullen opstarten en de uitbreiding van invoermogelijkheden van onbeschikbare geneesmiddelen. Deze uitbreiding zal het voorwerp uitmaken van een wetsontwerp dat ik eerdaags in de Kamer zal indienen.

Wat de strijd tegen AMR betreft, is er een nationaal actieplan ontwikkeld voor de periode 2020-2024. Dat plan omvat concrete maatregelen die gericht zijn op het probleem van de onbeschikbaarheid van antimicrobiële geneesmiddelen.

Ik wil daarenboven de aandacht vestigen op twee acties. Ten eerste is er met behulp van de experten op het terrein een lijst opgesteld van antibiotica die in België als essentieel worden beschouwd. De actieve bestanddelen cefuroxim en nitrofurantoïne zijn daarbij als essentieel aangeduid. Op basis van deze lijst zal met de vergunninghouders worden samengewerkt om deze essentiële antimicrobiële stoffen in de mate van het mogelijke ter beschikking te stellen van de Belgische patiënten. Ten tweede wordt er een analyse gemaakt van stimulansen en economische modellen om het onderzoek en de ontwikkeling, alsook de markttoegang voor antimicrobiële stoffen te stimuleren. In dit verband werd ook een Europese samenwerking opgericht, de *European Union Joint Action on Antimicrobial Resistance and Healthcare- Associated Infections*, dat is de EU-JAMRAI 2, waaraan België deelneemt. Een van de werkgroepen behandelt specifiek de problematiek van de beschikbaarheid van antimicrobiële therapieën.

Voor geneesmiddelen op basis van cefuroxim is de opgegeven reden van de onbeschikbaarheid een toegenomen vraag, enerzijds, en een vertraging in de productie, anderzijds. Voor Furadantine MC 100 mg is er een vertraging in de vrijgave van het eindproduct.

Het RIZIV bereidt in samenwerking met het FAGG een ontwerp van koninklijk besluit voor met betrekking tot een compensatiemechanisme voor onbeschikbare geneesmiddelen met het oog op de vrijwaring van de patiënt tegen hogere kosten als gevolg van onbeschikbaarheden in ons land. Dit heeft nogal veel voeten in de aarde gehad, omdat er een probleem was met de juridische basis waarin u destijds voorzien hebt. Bij de uitvoering zijn heel veel problemen opgedoken.

Een ontwerp van koninklijk besluit met compensatiemechanismen is eindelijk in overleg voorbereid kunnen worden. Het wordt nu finaal voorgelegd in het hopelijk laatste stakeholdersoverleg en in de werkgroep Onbeschikbaarheden.

Wij onderzoeken ook de haalbaarheid – het FAGG overlegt daarover met de stakeholders – van een verplichting tot de aanleg van een bufferstock op het niveau van de vergunninghouder.

Het aanleggen van voorraden op de verschillende niveaus is een belangrijke kwestie. Daar moeten wij zorgvuldig over nadenken. Dit zou misschien een Europees issue moeten zijn. Idealiter moet dit Europees gecoördineerd worden, maar ook dit is het voorwerp van de beleidsontwikkelingen waar wij mee bezig zijn.

14.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt geluk. Furadantine is sinds zaterdag in doosjes van 50 milligram ter beschikking in de apotheken, cefuroxim sinds vandaag.

De essentie is dat er na drie jaar nog altijd geen uitvoering is van de wetgeving inzake onbeschikbare geneesmiddelen.

U zegt dat u aan het afspreken bent met de stakeholders dat men een buffer moet aanleggen, zodat er een voorraad is voor de Belgische markt. Wel, ik hoop dat u dit effectief in overleg doet.

Geheel toevallig heb ik vorige week samengezeten met de stakeholders. Zij hebben gezegd dat er over het compensatiemechanisme nog niet is samengezeten tussen uw kabinet en de vereniging die de farmasector vertegenwoordigt. Hoe u dit overleg dan ziet, weet ik niet. Ik wijs u er opnieuw op dat een

overleg een bilateraal gesprek is van de ene met de andere. Dat betekent dat men samen aan het werk gaat en naar een oplossing zoekt.

U stelt dat mijn voorstel juridisch niet in orde was. Ik verwijs u naar dit voorstel, mijnheer de minister, dat heel duidelijk verwijst naar een koninklijk besluit. Uiteraard is het aan uw kabinet uitvoering te geven aan een wet die goedgekeurd is door het Parlement.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van psychodiagnostisch onderzoek" (55036423C)
15 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des examens psychodiagnostiques" (55036423C)

15.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we zijn het erover eens dat de nood aan en de vraag naar psychologische ondersteuning heel groot is. Een goede psychologische toegang is belangrijk en het besef rijpt dat patiënten met aandoeningen niet enkel fysiek maar ook geestelijk geholpen moeten worden. Het is evenwel zo dat patiënten zelf een psychodiagnostisch onderzoek (PDO) moeten betalen, indien zij zo'n onderzoek wensen. De kostprijs ervan kan aanzienlijk zijn, want er is geen financiële bijdrage van het RIZIV. Nochtans kan een juiste diagnose veel leed in een later stadium voorkomen. Een snelle diagnose is uiteraard ook belangrijk.

Meent u dat een correcte psychologische ondersteuning onderdeel moet uitmaken van een zorgtraject?

Gaat u akkoord met de stelling dat een vroege diagnose een beter zorgtraject garandeert op lange termijn?

Overweegt u om het psychodiagnostisch onderzoek volledig of gedeeltelijk terug te betalen? Wat zijn uw eventuele plannen daaromtrent?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, correcte psychologische ondersteuning moet inderdaad een onderdeel uitmaken van zorgtrajecten. Zorgtrajecten kunnen heel vaak het best multidisciplinair worden opgevat en heel vaak is een psycholoog daarin een belangrijke actor. Dat is ook de reden waarom we investeren in niet alleen de eerstelijns psychologische zorg, maar ook in samenwerkingsverbanden, in vindplaatsen en in zorgtrajecten.

Vervolgens vraagt u of ik akkoord ga met de stelling dat een vroege diagnose een beter zorgtraject garandeert op lange termijn. Vanuit een gezondheidsstandpunt is het zeer zinvol om aan te dringen op niet alleen preventie, vroegtijdige opsporing en behandeling, maar ook op een zo correct mogelijke detectie. Dat is de basisfilosofie van wat we nu uitrollen. Het is in het bijzonder ook belangrijk voor kinderen, jongeren, adolescenten.

Ik kom tot uw concrete vraag of we psychodiagnostisch onderzoek volledig of gedeeltelijk zouden terugbetalen. De huidige overeenkomst inzake psychologische zorg is in de eerste plaats gericht op vraagverheldering en diagnosestelling van lichte tot matig ernstige problemen. Voor een meer uitgebreid psychodiagnostisch onderzoek kan een beroep worden gedaan op andere, meer gespecialiseerde voorzieningen zoals de centra voor ontwikkelingsstoornissen, de centra voor ambulante revalidatie en de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Dat zijn typisch bevoegdheden van de deelstaten. Ik wil dat daarmee niet van mij afschuiven, maar als we dat belangrijk vinden, zouden we met de deelstaten moeten bekijken wie wat doet en of dat niet daar meer moet worden ontwikkeld.

15.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Vroege diagnoses zijn absoluut ontzettend belangrijk, juiste diagnoses uiteraard ook. Het is wat makkelijk om het af te schuiven op een interfederaal overleg. Dit onderzoek kost de patiënt toch wel ongeveer 400 euro.

Toevallig heb ik dit weekend nog een getuigenis gehoord van een patiënt die al een hele tijd in

behandeling is, maar nog altijd geen correcte diagnose heeft. Ik ben ervan overtuigd dat de patiënt kostbare tijd verliest en het RIZIV kostbaar geld. Uiteindelijk zal er immers een beetje geëxperimenteerd worden met terugbetaalde antipsychotica, wordt er eventueel een opname gefaciliteerd. Een psychodiagnostisch onderzoek zou deze patiënt misschien sneller op weg kunnen helpen en zou u geld kunnen besparen. Dat lijkt mij enkel een win-win.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Le **président**: La question n° 55036424C de Mme Fonck est transformée en question écrite.

16 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de ziekte van Parkinson als beroepsziekte bij landbouwers" (55036429C)
16 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de la maladie de Parkinson comme maladie professionnelle pour les agriculteurs" (55036429C)

16.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in een eerdere parlementaire vraag (nr. 1351) ondervroeg ik u over beroepsziekten die kunnen ontstaan door de blootstelling aan pesticiden. Sindsdien is er heel wat geëvolueerd op dat vlak.

Prof. dr. Bas Bloem, verbonden aan de Radboud Universiteit in Nijmegen, zegt al jaren dat er, als men alle indicaties samenlegt, een rechtstreeks verband is tussen de blootstelling aan pesticiden en een vergroot risico op de ziekte van Parkinson. Hij verwijst daarbij onder andere naar een Amerikaanse overzichtsstudie die uitwees dat wie regelmatig in contact komt met pesticiden tot 70 % meer risico loopt op Parkinson.

De directe aanleiding voor mijn vraag was een factcheck van Dr. Marleen Finoulst, die oordeelt dat dit klopt en dat er wel degelijk een verband bestaat tussen een beroepsmatige blootstelling aan pesticiden en de ziekte van Parkinson.

De Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid (EFSA) erkent ook dat verband en heeft aangegeven het toelatingsbeleid voor pesticiden uit te breiden om beter zicht te krijgen op mogelijke verbanden tussen pesticiden en het ontstaan van de ziekte van Parkinson. De EFSA is tot dit besluit gekomen tijdens een recente conferentie over de effecten van pesticiden op het neurologische systeem. De autoriteit zet dit jaar een opdracht uit onder wetenschappers om een methodiek te ontwikkelen waarmee de relatie tussen pesticiden en Parkinson kan worden getest. Toegelaten middelen en cocktails van middelen zullen opnieuw moeten worden getest om toegelaten te blijven. Een van de stoffen die mogelijk in verband kunnen worden gebracht met het ontwikkelen van de ziekte van Parkinson is glyfosaat. Daarom vraagt prof dr. Bas Bloem om deze stof als eerste doorgedreven te laten onderzoeken.

Ik heb hierbij de volgende vragen.

Boeren en tuinders hebben een groter risico op het ontwikkelen van de ziekte van Parkinson. Vindt u dat er nu wel voldoende bewijs is om deze ziekte te erkennen als beroepsziekte? Waarom wel of waarom niet?

Welk onderzoek wordt er specifiek bij onze Belgische boeren en tuinders gevoerd?

Glyfosaat wordt als mogelijke boosdoener gezien. Moet het voorzorgsprincipe niet gehanteerd worden tot de EFSA nieuwe onderzoeken heeft kunnen uitvoeren?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Creemers, over de stand van zaken met betrekking tot de wetenschappelijke discussie kan ik het volgende zeggen. In het kader van het federale reductieplan voor gewasbeschermingsmiddelen wordt de wetenschappelijke literatuur die publiek is, regelmatig nagekeken op risico's voor de menselijke bevolking, vooral op Europees niveau.

Recent werd een rapport met betrekking tot mogelijke langetermijneffecten van landbouwactiviteiten gepubliceerd. Uit dat rapport blijkt dat de mogelijke associatie tussen langdurige blootstelling aan gewasbeschermingsmiddelen en het risico op de ziekte van Parkinson geen zekerheid geeft over de betrokkenheid van individuele werkzame stoffen. Dat is wat in dat rapport staat.

Voorstellen om de basis te leggen voor verder onderzoek aangaande onder andere het mogelijke verband tussen de blootstelling en langetermijneffecten, zoals de registratie van het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen, of om dergelijke effecten zoveel mogelijk te vermijden, bijvoorbeeld door bufferzones voor omwonenden te creëren, worden wel geformuleerd in dat rapport.

Het EU-dossier voor de vernieuwing van de werkzame stof glyfosaat is in behandeling. De lidstaten hebben deelgenomen aan de expertenconsultaties. Er is daar nog geen risico vastgesteld inzake Parkinson. De geïntegreerde beoordeling van de epidemiologische studies en experimentele gegevens leidt niet tot de vaststelling dat er een zorgwekkende situatie is op dit punt.

Mijn administratie volgt de discussies verder op. Indien nodig blijkt dat er extra maatregelen worden genomen in het kader van de volksgezondheid, zullen wij deze zeker ook steunen.

16.03 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, wij kunnen altijd wel wetenschappelijke literatuur vinden die het tegenovergestelde beweert. Er komt echter meer en meer onderzoek. Ik vraag mij af hoeveel er moet komen voordat de link duidelijk is.

U verwijst naar acties, zoals bufferzones voor omwonenden. Ik steun die ten volle, want de kwetsbare bevolking, zeker kinderen, mag niet worden blootgesteld. Er loopt nu trouwens een interessant onderzoek van Velt om pesticides in slaapkamers in kaart te brengen. Ik steun die bufferzones, maar hier gaat het specifiek over de landbouwers die pesticiden spuiten. Zij zijn er rechtstreeks bij betrokken. Ik vind het een beetje vreemd dat uw administratie blijft beweren dat er geen link is, terwijl die linken in Europa wel worden gelegd. Ik zal met nieuw bewijs nog eens bij u terugkomen, in de hoop dat het dan wel verandert.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

17 Questions jointes de
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas restreignant l'accès à l'exploration arthroscopique chez les patients de plus de 50 ans" (55036452C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le quota de ménisectomies sous arthroscopie chez les personnes de plus de 50 ans" (55036498C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La limitation d'exploration arthroscopique chez les plus de 50 ans" (55036641C)
17 Samengevoegde vragen van
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De quota voor kijkoperaties aan de knie bij 50-plussers" (55036452C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het quotum artroscopische meniscectomieën bij 50-plussers" (55036498C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beperking van het aantal kijkoperaties aan de knie bij 50-plussers" (55036641C)

17.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez décidé de publier au Moniteur belge un indicateur déterminant une règle ne permettant plus l'accès à la chirurgie exploratrice par arthroscopie du genou pour les patients de plus de 50 ans, si un quota de minimum 55 % d'interventions du même type chez les moins de 50 ans n'est pas respecté. Il s'agit d'un quota par an, par chirurgien orthopédiste. Il s'agit d'une règle pure et dure liée à l'âge.

Les recommandations de bonnes pratiques sont connues de longue date. Elles sont importantes. De fait, une chirurgie sur un genou très dégénératif arthrosique n'apporte manifestement que peu voire

même pas de plus-value. Toutefois, tenir compte des recommandations générales n'exclut en rien le besoin de prendre en compte les réalités plurielles et individuelles des patients.

Le quota sera manifestement calculé par an, ce qui revient à refuser potentiellement tous les patients de plus de 50 ans, quelle que soit la réalité de leur genou, de manière arbitraire, à partir d'octobre, novembre ou décembre. L'intervention sera peut-être reportée à l'année suivante en laissant poiroter le patient quelques mois. Est-ce de la bonne médecine? Est-ce que c'est partir d'une situation où un patient n'a pas nécessairement un genou dégénératif quel que soit son âge? Comment justifiez-vous une règle de refus d'arthroscopie du genou chez un patient de 51 ans, sans antécédent particulier au niveau du genou, sur la base d'un quota, alors qu'il n'y aura aucune règle restrictive chez un patient de 49 ans avec un genou dégénératif évolué? Est-ce de la bonne médecine? Je ne le pense pas. Une chirurgie exploratoire du genou se conçoit en fonction de la pathologie du genou et de sa plus-value et pas uniquement en fonction de l'âge du patient.

Par ailleurs, dans la publication au Moniteur belge, c'est la méniscectomie sur genou dégénératif qui est visée dans la justification de l'arrêté. Or, c'est le code de nomenclature 276636-276640 qui concerne toute arthroscopie qui est repris. Qu'en est-il exactement? Qu'en est-il pour le patient quand le quota est dépassé? Quel est l'impact en matière de remboursement? Cela sera-t-il le dernier de l'année qui a 50 ans ou procèdera-t-on à un tirage au sort? Voilà autant de questions qui montrent qu'il s'agit d'une décision pour faire des économies qui est emballée dans de prétendues bonnes recommandations, mais avec un quota qui n'est vraiment pas de la bonne médecine. J'attends donc évidemment vos réponses.

17.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er werd recent een quotum ingesteld voor de verwijdering van een meniscus via arthroscopie voor patiënten ouder dan 50 jaar. Per arts mag nog maximaal 45 % van de 50-plussers op deze manier worden behandeld. Deze arthroscopische meniscectomieën bij 50-plussers worden sowieso afgeraden ingevolge de beperkte wetenschappelijke evidentie voor verbetering. In plaats daarvan wordt mobilisatie aangeraden in combinatie met gewichtsverlies en medicatie.

In 2019 zouden deze ingrepen bij 50-plussers ongeveer 5 miljoen euro hebben gekost. In 2019 werd ook een sensibiliseringscampagne opgezet. Uit een parlementaire vraag die ik u daarover stelde, bleek dat deze niets had opgeleverd.

Waarom wordt er gekozen voor 45 % van de ingrepen? Is dat niet arbitrair? Indien er geen wetenschappelijke evidentie is, waarom worden deze ingrepen dan toch nog toegelaten?

Wat is de rol van kinesitherapie volgens u in deze pathologie? Zullen kinesisten meer en vaker worden betrokken bij mobilisatieoefeningen? Wordt dat meegenomen in het plan?

Zal het al dan niet een besparingsoefening zijn, aangezien er een verschuiving zou moeten zijn naar mobilisatie, gewichtsverlies en medicatie?

Het is ook van groot belang dat patiënten zelf goed worden geïnformeerd over het gebrek aan wetenschappelijke evidentie, indien dat zou kloppen. Op welke manier zal dat worden aangepakt?

17.03 **Sophie Rohonyi** (DéFI): *Monsieur le ministre, éviter les escaliers, abandonner la course à pied ou le vélo, oublier les randonnées et autres activités sportives, voire certains voyages: voilà le quotidien non exhaustif des personnes qui ont un genou douloureux, si ce n'est les deux.*

Autant d'activités qui permettent de rester en forme physiquement mais également psychologiquement, en particulier quand on dépasse un certain âge.

Pourtant, estimant que les Belges abusent des opérations aux genoux, l'INAMI a décidé de restreindre le nombre d'interventions pour les plus de 50 ans: une première pour une intervention médicale.

C'est ainsi que sur 100 opérations, chaque médecin ne pourra en effectuer que 45 sur des patients âgés de plus de 50 ans, et ce en raison d'interventions jugées trop coûteuses et qui ne seraient pas toujours nécessaires ou efficaces.

Cette décision inquiète les orthopédistes qui craignent de devoir s'échanger les patients un peu à la manière du troc, voire de devoir simplement refuser certains patients.

D'où mes questions Monsieur le Ministre:
•Comment expliquez-vous ce choix? La chirurgie du genou est-elle la seule concernée par des interventions inutiles ou inefficaces? D'autres interventions seront-elles aussi concernées à l'avenir? Dans l'affirmative, lesquelles?

•Quel est le but poursuivi par la mise en place de ces indicateurs alors que, dans les faits, tout patient au-delà de 50 ans qui doit bénéficier d'une opération pourra en bénéficier? Le but est-il exclusivement financier?

•Comment ce « quota » a-t-il été défini? Sera-t-il recalculé chaque année? Dans l'affirmative, à quelle période de l'année et sur base de quels indicateurs?

•A quels critères la motivation prévue pour le dispensateur de soins qui aurait dépassé le seuil recommandé devra-t-elle répondre afin que l'intervention puisse avoir lieu? La singularité de chaque patient sera-t-elle prise en compte?

•Que répondez-vous aux inquiétudes des orthopédistes en ce qui concerne un éventuel échange de patients? Ce « quota » donnera-t-il moins de chance aux patients de se faire opérer s'ils consultent en fin d'année?

•Comment expliquez-vous que les patients bénéficiant de prothèses de genou soient à plus de 60 % des femmes? Ne craignez-vous pas qu'une restriction d'interventions ne touche davantage les femmes, alors qu'elles sont déjà davantage touchées par la crise économique et les inégalités socio-économiques?

Je vous remercie,

17.04 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Monsieur le président, dans le contexte des indicateurs de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales, notre ambition est d'améliorer notre performance pour ce qui concerne les soins appropriés au bon endroit et à un prix correct. Tel est l'un des engagements pris dans l'accord de gouvernement: l'intégration des objectifs de soins de santé dans les choix stratégiques de l'assurance soins de santé et le budget soins de santé 2023-2024.

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en son article 73, § 3, offre maintenant la possibilité de soumettre des propositions d'indicateurs au Conseil national de la promotion de la qualité. C'est un changement de la législation que nous avons voté ici, et qui donne une capacité d'initiative à l'INAMI par le biais du Conseil national de la promotion de la qualité. Il ne s'agit donc pas vraiment de décisions que je prends moi-même. Si je n'étais pas d'accord, je le dirais, bien entendu, mais il s'agit d'un mécanisme qui se déclenche dans le Conseil national de la promotion de la qualité, au sein duquel les acteurs concernés sont présents.

Ce qui est important, c'est qu'il ne s'agit pas d'un quota mais d'un indicateur de déviation manifeste des bonnes pratiques médicales établies par le Conseil national de la promotion de la qualité, qui regroupe des représentants d'universités, d'organisations scientifiques et médicales, d'organisations professionnelles et représentatives des médecins, des organismes assureurs et du gouvernement.

Cette mesure ne limitera pas l'accès aux méniscectomies arthroscopiques pour les patients mais empêchera certains chirurgiens orthopédistes de proposer une méniscectomie au patient lorsqu'un autre traitement conservateur est plus approprié et donne lieu à moins de complications secondaires. Pour ce faire, tant la limite d'âge de 50 ans que le pourcentage de 45 % ont été déterminés de manière très large, sur la base de connaissances scientifiques.

En effet, dès l'âge de 40 à 45 ans, la majeure partie des problèmes de genou est d'ordre dégénératif, et la méniscectomie arthroscopique n'apporte pas de bénéfice dans ce cas. Il n'y a pas de code spécifique pour le traitement chirurgical d'un genou avec une problématique dégénérative, étant donné

que ce traitement n'est pas conseillé pour cette problématique. Par cet indicateur, nous voulons sensibiliser les chirurgiens orthopédistes à bien définir l'indication avant d'effectuer une méniscectomie arthroscopique.

L'indicateur a été publié au *Moniteur belge* le 17 avril et est entré en vigueur à cette date. Il s'agit donc d'un seuil de justification. Le pourcentage sera calculé par période de 12 mois et le chirurgien orthopédiste aura la possibilité de justifier un éventuel dépassement. Il n'y aura aucun impact pour les patients en matière de remboursement. Le seul impact pour eux sera de recevoir un traitement mieux adapté à leur problématique, qui présente moins de risques d'effets secondaires.

Cet indicateur a été approuvé à l'unanimité des membres du Conseil national de promotion de la qualité lors de sa réunion du 6 décembre 2022. Il est soutenu par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), le Centre belge pour l'Evidence-Based Médicine (CEBAM) et les organisations professionnelles concernées. Il est important de bien communiquer ces informations au grand public pour éviter d'éventuels malentendus.

Mevrouw Gijbels, die 45 % is dus niet arbitrair. Men prikt ergens een welbepaalde drempel vast, maar die drempel zelf is tot stand gekomen op basis van bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur, die u uitgebreid kunt raadplegen in het dossier dat aan de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie werd bezorgd en dat ook gepubliceerd is op de website van het RIZIV.

Sommige vijftigplussers hebben wel degelijk baat bij een eventuele artroscopische meniscectomie, maar lang niet allemaal. Het is dus de bedoeling van de indicator om de mindset van de chirurgen te heroriënteren naar meer evidencebased werken en *appropriate care*, in het belang van de patiënt. Patiënten worden daarbij op generlei wijze beknot in hun behandelingsmogelijkheden. Wie een artroscopische meniscectomie nodig heeft, zal ze ook krijgen.

Wat is de onderliggende rationale? Een vijftigplusser met een degeneratief knielijden is vaak beter af met een geoptimaliseerde conservatieve therapie, waarbij de rol van onder meer kine belangrijk is, naast andere maatregelen. Het komt aan de behandelende arts toe om dat geoptimaliseerd therapeutisch traject, in samenspraak met de patiënt, uit te rollen.

Dit is eigenlijk een eerste stap in de richting van het sensibiliseren van patiënten. Wij gaan daar nog verdere stappen in moeten zetten – daarvan ben ik overtuigd – samen met de beroepsorganisaties, die dat eigenlijk ook als engagement hebben opgenomen in hun publieke verklaringen.

Ten slotte, mevrouw Gijbels, wij hebben hiermee geen besparingsoperatie voor ogen. Als *appropriate care* ertoe leidt dat inefficiënte uitgaven niet gebeuren, dan krijgt men in het budget gewoon ruimte voor andere, wel efficiënte uitgaven.

Mme Rohonyi m'a posé des questions supplémentaires concernant les inquiétudes des orthopédistes à propos d'un éventuel échange de patients. Je précise que l'indicateur en question n'est pas un quota, mais bien un seuil de justification. Il a été largement discuté avec les organismes professionnels et, pendant cette concertation, aucune inquiétude quant à un éventuel échange de patients n'a été évoquée.

L'indicateur n'aura aucun effet sur la date d'une intervention, si cette intervention correspond aux règles de l'*evidence-based medicine*. Concrètement, le patient qui a un bénéfice scientifiquement prouvé à subir une méniscectomie sera opéré, peu importe son âge. J'ajoute que l'indicateur concerne uniquement la méniscectomie et non les prothèses de genou.

17.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous dites que c'est juste un indicateur. Que prévoit le texte publié au *Moniteur belge*? L'arthroscopie, méniscectomie, etc. "ne peut être attestée chez les patients de plus de 50 ans par année civile et par dispensateur de soins que pour 45 % du nombre total de ces prestations". Qu'est-ce que cela veut dire? Je lis le *Moniteur belge*, un mot est un mot. Cela veut dire que les autres ne pourront donc être attestées. Se pose en conséquence une série de questions. Qu'en est-il? Le patient sera-t-il remboursé? Vous dites que non, que tous les patients pourront être opérés quel que soit leur âge. Dans ce cas, si le quota est dépassé en septembre ou octobre, ce sera soit pour l'année suivante soit, comme disent les chirurgiens, via des cartes

Pokémon en se redistribuant les patients.

Je trouve que vous présentez cela sous forme de soins appropriés mais l'*evidence-based medicine*, ce n'est pas des quotas en fonction de l'âge. L'*evidence-based medicine*, c'est en fonction de chaque patient. Chaque patient a le droit de pouvoir recevoir lui-même les soins les plus appropriés. Je ne sais pas si vous jouez au tennis. Federer a loin d'avoir 50 ans. Il a des genoux dégénératifs arthrosiques. À l'inverse, je peux vous présenter des patients qui ont bien plus que 50 ans et qui ont des soucis de genoux mais qui n'ont pourtant pas de genoux dégénératifs arthrosiques.

Quand on impose des règles aux médecins sur la base de quotas et en fonction de l'âge des patients, je pense que ce n'est pas la bonne réponse à la réalité complexe des actes à faible valeur ajoutée pour lesquels, effectivement, il y a un certain nombre d'actions qui peuvent être menées mais en pensant d'abord et avant tout à ne pas exclure des patients. Cela peut même avoir des effets pervers. Déterminer l'accès à des soins en fonction d'un âge, c'est un glissement éthique inquiétant!

Ici, dans le cadre des questions, on ne peut pas développer plus mais il y a tellement d'éléments à mettre en avant. Je ne doute pas, monsieur le ministre, que nous y reviendrons. J'ose espérer que la publication sera à tout le moins ajustée au *Moniteur belge*. Je vous remercie.

17.06 **Frieda Gijbels** (N-VA): U zegt dat de 45 % gebaseerd is op wetenschappelijke evidentie en niet zomaar uit de lucht gegrepen is, maar dat is toch arbitrair. Wat is voor mij *appropriate care* of gepaste zorg? Dat is de juiste therapie voor een bepaalde pathologie. Dat moet individueel, patiënt per patiënt kunnen worden bepaald, niet meer, maar ook niet minder. In de ene praktijk zal die 45 % misschien te veel zijn, veel te veel als men aangepaste zorg biedt. In de andere praktijk zal dat misschien te weinig zijn, omdat in die praktijk net meer personen komen die die ingreep net wel nodig hebben. Dit is geen verstandige manier om naar gepaste zorg te evolueren. Elke arts moet kunnen bepalen wat in welk geval noodzakelijk is. Als er zaken zijn of gebeuren die niet beantwoorden aan gepaste zorg, moet daar gewoon op worden ingegrepen. Het helpt niet om daar zo'n percentage op te plakken.

Mobilisatie wordt aangehaald als een van de alternatieven voor dergelijke ingrepen. Mobilisatie wil ook zeggen kinesitherapie. We hebben het al vaker gehad over het belang van kinesitherapie. We moeten echt werken aan een mindshift, zowel bij artsen als bij patiënten als bij de minister van Volksgezondheid, wat het belang van kine betreft. De laatste conventiecijfers bij de kinesitherapeuten waren bedroevend, zeker bij de jongere kine's. Het is vandaag echt niet meer mogelijk om aan conventietarieven te blijven werken. Hopelijk ziet u daar ook het belang van in en kunnen zij wat meer budget krijgen.

17.07 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse au travers de laquelle vous avez tenté de nous rassurer en deux temps. Vous nous expliquez premièrement que cette limite d'âge – que l'on peut légitimement estimer très arbitraire – est déterminée scientifiquement. Lorsque l'on souffre de problèmes aux genoux, à partir d'un certain âge, c'est essentiellement pour des raisons dégénératives et dans ces cas-là, une opération n'est pas nécessairement bénéfique. De ce fait-là, la logique de la mesure prise est d'aller plutôt vers des soins appropriés et adaptés à chacun.

Mais à la lecture de la justification de l'INAMI appuyant cette mesure, l'on voit qu'il ne sera plus possible d'offrir une analyse individuelle – au cas par cas – de ce qu'est un soin approprié étant donné que la justification vise à dire que "les opérations seraient remplacées par d'autres types de soins plus adaptés (kinésithérapie…)"

Monsieur le ministre, je vais vous faire un aveu: ma maman a une prothèse à chacun de ses genoux. Je peux vous affirmer que même après 36 séances de kiné, si elle n'avait pas bénéficié de ces prothèses, elle serait aujourd'hui en chaise roulante.

Je trouve assez violent de dire qu'à partir d'un certain âge, il convient d'offrir d'autres types de mesures pour la raison que cela ne répondrait pas au vécu, à la réalité de ces patients. Je pense que c'est nier la réalité et les besoins pluriels des patients.

Votre deuxième justification nous dit que l'opération serait tout à fait possible si un bénéfice était scientifiquement prévu. Qui apportera cette preuve? De quelle manière? Avec quel financement? En outre, à la lecture de votre arrêté royal, effectivement, ce que vous présentez comme un indicateur

correspond plutôt à un quota qui est de nature à pénaliser les patients ayant besoin de ces opérations.

17.08 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, ik zou een bedenking willen maken. De reacties van mevrouw Fonck, mevrouw Rohonyi en mevrouw Gijbels verbazen mij ten zeerste. Als ik u zo hoor, zullen we nooit iets hervormen in de gezondheidszorg en zullen we nooit werken op basis van *evidence*. Want zodra we het doen, bent u gerevolteerd en is het schandalig en arbitrair. Hoe kan men een indicator vaststellen als men nooit een leeftijdsgrens mag bepalen? Wat voor reactie is dat nu? We werken met talloze leeftijdsgrenzen in de gezondheidszorg. Richtlijnen en terugbetalingsvoorwaarden staan vol met leeftijdsgrenzen.

Wij zeggen hier dat alle wetenschappelijke evidentie erop wijst dat het geen goed voorstel is voor patiënten op oudere leeftijd. Er kunnen uitzonderingen zijn, maar het soort casuïstiek waarbij men over één uitzondering spreekt, is absoluut geen verweer en ook geen argument om iets uit te leggen als er statistisch een groot aantal ouderen zijn. Ik merk dus dat mevrouw Fonck, mevrouw Rohonyi en mevrouw Gijbels voorstander zijn van een soort casuïstiek waarbij iedereen maar iets doet, zonder richtlijnen, statistiek of leeftijdsgrenzen. Op die manier zullen we nooit iets hervormen in de gezondheidszorg. Er bestaat zoiets als *evidence* en richtlijnen in de gezondheidszorg. Daarin spelen ook leeftijdsgrenzen een rol. Voor mevrouw Fonck, mevrouw Rohonyi en mevrouw Gijbels is het echter 'vrijheid, blijheid', namelijk we doen zomaar wat.

17.09 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, wij zijn nochtans grote voorstander van hervormingen, die trouwens in het regeerakkoord werden beloofd. De overheveling van de bevoegdheden naar de gemeenschappen zou een belangrijke hervorming zijn en daardoor zouden veel middelen vrijkomen die we verstandig kunnen investeren.

Het gaat me erom dat een grens van 45 %, wat nog altijd veel ingrepen betreft, niet strookt met de wetenschappelijke evidentie. Als de wetenschappelijke evidentie aantoont dat het wegens een gebrek aan resultaat niet aangewezen is om een ingreep voor die bepaalde groep mensen te doen en dat er andere behandelmethodes zijn, dan mag dat zeker een richtlijn zijn en dan mag daar zeker een niet-terugbetaling aan worden gekoppeld. Ik ben echter geen voorstander van een situatie waarin het voor 45 % van de gevallen wel mag en voor 55 % van de gevallen niet.

Ik ben er wel voorstander van om geval per geval te bekijken of een ingreep al dan niet aangewezen is. Een arts moet dit met zijn patiënt kunnen bespreken, maar de algemene richtlijn moet evidencebased zijn. Ik zie de logica van de 45 %-regel totaal niet in.

17.10 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, c'est un peu fort de nous accuser de conservatisme…

17.11 **Frank Vandenbroucke,** ministre: (…)

Le **président**: Monsieur le ministre, la parole est à Mme Rohonyi. Le temps dont nous disposons étant limité, lorsqu'elle aura terminé sa réplique, je clôturerai l'incident.

17.12 **Sophie Rohonyi** (DéFI): … à partir du moment où on défend une approche individuelle des traitements dont les patients ont besoin.

L'INAMI a récemment publié un rapport relatif à la chirurgie orthopédique dans lequel il est fait état du type de pathologies pour lesquelles ces chirurgies sont nécessaires, en fonction du genre, en fonction de l'âge.

Finalement, vous tirez des conclusions qui ne tiennent pas compte des nuances apportées dans les rapports qui doivent vous servir de base.

Une approche casuistique est effectivement nécessaire. Les indicateurs sont également nécessaires. Mais, finalement, vous avez préféré une approche au détriment d'une autre alors qu'il conviendrait d'avancer vers des solutions équilibrées qui respectent, comme je l'ai dit, la pluralité des besoins des patients.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Major Trauma Centres" (55036467C)
18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres majeurs de traumatologie" (55036467C)

18.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er zou een plan in de maak zijn omtrent zogenaamde majeurtraumacentra (MTC) in België. Het Kenniscentrum heeft daarover enige tijd geleden, in 2017, een studie gepubliceerd, met een aantal aanbevelingen. Op dat moment stond een en ander nog niet op punt, waardoor een goede werking van de majeurtraumacentra niet kon worden gegarandeerd. Dit betrof het gebrek aan gestandaardiseerde triage en het gebrek aan protocollen om te bepalen of een patiënt naar een MTC moest worden getransporteerd of niet. Enkele ziekenhuizen hadden ondertussen wel een internationale erkenning gekregen als MTC.

Welke ziekenhuizen hebben momenteel een internationale erkenning?

Wat zijn de plannen rond de verdere uitrol van majeurtraumacentra? Welke criteria zullen worden gehanteerd en waar zijn die op gebaseerd? Is er bekend hoeveel MTC's er zullen zijn en hoe die zijn verdeeld? Kunt u dat toelichten?

Hebben wij ondertussen een gestandaardiseerd triagesysteem dat volledig uitgerold is? Hebben wij ondertussen een traumaregister? Indien niet, wat zijn daarrond de plannen? Staat het traumaprotocol ondertussen op punt? Indien niet, wat is de tijdslijn?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Om de versnippering van de zorg voor patiënten met een ernstig trauma te verminderen, op basis van wetenschappelijke evidentie en naar analogie met buitenlandse voorbeelden die werden beschreven in het KCE-rapport 281, verdient het aanbeveling om de zorg voor deze patiënten te structureren in geïntegreerde en hiërarchisch georganiseerde geografische netwerken, die opgebouwd zijn rond supraregionale referentiecentra, in de vorm van majeurtraumacentra. Dit concept wordt geconcretiseerd in een voorstel dat is uitgewerkt in samenwerking met de vertegenwoordigers van de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen van, onder meer, de urgentiegeneeskunde, de heelkunde, de orthopedie, de anesthesie, de intensieve zorg en interventionele radiologie. Het ligt nu voor bij de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen voor advies, dat werd gevraagd tegen einde mei.

De hoofdlijnen van het voorstel dat voorligt, zijn in vier punten samen te vatten.

De hoeksteen van het traumanetwerk is het majeurtraumacentrum, waarvoor organieke erkenningsnormen op het vlak van onder meer medische en verpleegkundige omkadering, evenals de benodigde infrastructurele eisen worden vastgelegd. Deze MTC's zullen ook de data aanleveren voor een specifiek traumaregister op federaal niveau.

Ten tweede, vermits het bereiken van een kritische massa van patiënten nodig is om de performantie van het traumateam van het zorgprogramma majeurtraumazorg op peil te houden, wordt voorgesteld om het maximale aantal MTC's te beperken. In het KCE-rapport waren als minimaal activiteitsniveau 240 patiënten met een *injury severity score* groter dan 15 voorgesteld. Schattingen geven aan dat in België ongeveer 3.000 majeure traumata met een dergelijke score voorkomen. Bijgevolg wordt voorgesteld om het maximale aantal MTC te beperken tot 15 over het Rijk.

Ten derde, deze centra worden gepositioneerd als supraregionale referentiecentra met een afdoende geografische spreiding, zodat een maximale reistijd van 45 minuten kan worden gegarandeerd.

Ten vierde, elk MTC is een centraal referentiepunt van een traumanetwerk dat alle dichtstbijgelegen ziekenhuizen includeert. Elk ziekenhuis moet lid zijn van één enkel traumanetwerk. Criteria voor een optimale tenlasteneming binnen een netwerk van slachtoffers van een majeur trauma, al dan niet

begeleid in een MUG, worden vastgelegd.

Dat is hetgeen voorligt in de Federale Raad voor advies. Mevrouw Gijbels, u verwees naar internationale erkenningen. Ik moet zeggen dat ik daarvan geen weet heb. Ik ben eigenlijk niet op de hoogte van internationale erkenningen die ziekenhuizen hebben gekregen op dit vlak.

18.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn inderdaad blijkbaar Duitse en Nederlandse erkenningen in verschillende ziekenhuizen. Ik vroeg mij af of die ziekenhuizen meer kans maken om als MTC erkend te geraken.

Wat ik wel belangrijk vind, en wat u misschien nog niet zozeer hebt aangeraakt, is de vraag of die gestandaardiseerde triageprotocollen, die traumaprotocollen, reeds op punt staan. Dat lijkt mij immers essentieel als wij naar die MTC's willen gaan. Dan moet dat een geoliede machine zijn, waarbij alle spelers goed op elkaar zijn afgestemd. We zullen met verschillende schakels moeten werken, van MUG naar de lokale ziekenhuizen naar die majeurtraumacentra. Het lijkt mij een heel belangrijke voorwaarde dat dit zeker op punt staat vooraleer er verder kan worden gedacht. Daarover zullen wij echter later misschien meer horen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

19 Questions jointes de
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des bisphénols dans les produits destinés aux enfants en bas âge" (55036499C)
- Barbara Creemers à Alexia Bertrand (Budget et Protection des consommateurs) sur "La présence de bisphénol dans différents produits" (55036587C)
19 Samengevoegde vragen van
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op bisfenol in producten voor kleine kinderen" (55036499C)
- Barbara Creemers aan Alexia Bertrand (Begroting en Consumentenbescherming) over "Bisfenol in producten" (55036587C)

19.01 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, récemment, Test Achats relevait dans son rapport la présence de bisphénol A dans divers contenants alimentaires destinés à des enfants en bas âge, voire des bébés. En outre, selon Test Achats, même les produits se revendiquant sans BPA se sont révélés bel et bien en contenir.

Ces résultats démontrent un risque d'exposition des enfants au BPA dès leur plus jeune âge, alors que les effets néfastes pour la santé de ce perturbateur endocrinien sont connus et documentés par le Conseil Supérieur de la Santé notamment.

Le bisphénol A est d'ailleurs interdit au niveau européen dans la fabrication des tasses et biberons à destination d'enfants en bas âge. En outre, l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) a récemment baissé la dose journalière tolérable.

Monsieur le ministre, y a-t-il eu des récents signalements relatifs à la présence de BPA dans des produits à destination d'enfants en bas âge?

La nouvelle recommandation de l'EFSA doit mener à des discussions renouvelées entre États membres sur la présence de BPA dans les produits alimentaires. Ces discussions ont-elles été entamées et si oui, pouvez-vous nous communiquer d'éventuelles premières conclusions?

Au vu de la complexité d'une éventuelle mise à jour du règlement REACH, avez-vous entamé une discussion avec vos homologues des entités fédérées à ce sujet?

En Belgique, les emballages alimentaires destinés aux enfants de 0 à 3 ans ne peuvent plus contenir de bisphénol A. Test Achats recommande l'interdiction totale de tous les bisphénols dans les contenants alimentaires pour les bébés et enfants. Quelle est votre position vis-à-vis de cette

recommandation? Des discussions ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre au sein du gouvernement?

19.02 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk vraag.

Testaankoop onderzocht samen met 6 andere consumentenorganisaties de aanwezigheid van bisfenolen in verschillende producten. In totaal onderzochten de organisaties 179 producten: 58 stukken textiel zoals slabbetjes, 11 paar leren schoenen voor kinderen, 16 zonnebrillen voor kinderen, 20 bijtspeeltjes zoals fopspenen, 22 blikken frisdrank, 35 voedingsblikken en 16 drinkflessen of bekers.

Het resultaat is onrustwekkend: in het merendeel van de producten werd minstens één soort bisfenol teruggevonden. Zelfs in bijtspeeltjes (13 op 20 bevat bisfenol) en in kinderzonnebrillen (11 op 16 bevat bisfenol) werd bisfenol teruggevonden. Kinderen worden dus vanaf jonge leeftijd al blootgesteld aan hormoonverstoorders. Maar ook volwassenen krijgen via verschillende wegen bisfenolen binnen. In voedingsblikken vond Testaankoop overal minstens een, maar soms zelfs zes soorten bisfenol terug.

Bisfenol A (BPA) wordt vaak gebruikt in de productie van polycarbonaat, een harde plastic en is alomtegenwoordig. BPA staat al lang gekend als hormoonverstoorder, maar ook andere bisfenolen (BPB, BPS en BPF) zijn schadelijk voor de gezondheid.

Omdat producenten de schadelijk gevolgen van bisfenol al lang kennen, hebben ze eigen labels uitgevonden als 'BPA vrij'. Ook de wetgever erkent de gevaren. Het gebruik van BPA is sterk gelimiteerd. Er is een Europees verbod op het gebruik van BPA in drinkbekers en flessen voor baby's en peuters en de EFSA (Europese Autoriteit voor Voedselveiligheid) heeft de Tolereerbare Dagelijkse Inname verlaagd van 4 microgram naar 0,2 nanogram per kg lichaamsgewicht.

Uit het onderzoek van testaankoop blijkt dat de labels die producenten zelf gebruiken helemaal geen garanties bieden. Ook in die producten werd bisfenol teruggevonden.

Wat is uw reactie op het onderzoek van testaankoop?

Hoe wordt er in België gecontroleerd of er producten met te hoge bisfenolwaarden bij consumenten terecht komen? Hoeveel controles worden er gedaan? Hoeveel inbreuken werden er vastgesteld? Wat gebeurt er indien er inbreuken worden vastgesteld?

Moet het gebruik van eigen labels gecontroleerd worden?

Testaankoop vraagt een totaalverbod op bisfenolen in producten die zich richten op baby's en kinderen. Vindt u dat er zo'n verbod moet komen? Waarom wel / niet?

Testaankoop vraagt ook om een verbod op bisfenolen in voedingsverpakkingen. Vindt u dat er zo'n verbod moet komen? Waarom wel / niet?

Wat zal België op Europees niveau doen om deze problematiek aan te kaarten en aan te pakken?

19.03 **Frank Vandenbroucke,** ministre: Mesdames, l'utilisation du bisphénol A dans les plastiques et les vernis destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires est réglementée au niveau européen par le règlement (UE) 10/2011 et le règlement (UE) 2018/213. Ces deux règlements fixent certaines conditions d'utilisation du bisphénol A.

Une limite de migration spécifique de 0,05 mg de BPA par kg de denrées alimentaires a été fixée pour les plastiques et les vernis ainsi qu'une interdiction de la fabrication de biberons et de gobelets en polycarbonate destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge. En outre, il existe également une interdiction du BPA dans les vernis et revêtement des matériaux en contact avec les denrées alimentaires spécifiquement destinées aux nourrissons et aux jeunes enfants.

Le 19 avril 2023, l'Autorité européenne pour la sécurité des aliments a publié un nouvel avis sur le bisphénol A, abaissant la dose journalière tolérable de 20 000 fois depuis le dernier avis de l'EFSA en 2015 à 0,2 ng par kg de poids corporel par jour.

L'avis de l'EFSA a été discuté lors de la dernière réunion du groupe de travail de la Commission

européenne. La Commission travaille actuellement sur une proposition qui sera discutée lors de la prochaine réunion du groupe de travail en juin. Certains États membres, dont la Belgique, demandent à la Commission de prendre des mesures urgentes et appropriées pour tous les matériaux en contact avec les denrées alimentaires. Des mesures concernant les matériaux en contact avec les denrées alimentaires, y compris le BPA, sont en cours de discussion à notre niveau fédéral.

Une éventuelle interdiction totale de l'utilisation intentionnelle du BPA dans tous les matériaux en contact avec les denrées alimentaires peut être soutenue. Toutefois, il convient de veiller à ne pas remplacer le bisphénol A par d'autres bisphénols ou substances préoccupantes – une substitution regrettable –, et de réfléchir à la manière de traiter, par exemple, une éventuelle contamination du papier et du carton recyclé par le BPA.

Mevrouw Creemers, ik ben op de hoogte van het onderzoek van Testaankoop. Ik deel hun zorgen over het gebruik van bisfenol A, dat op de REACH-lijst staat van zeer zorgwekkende stoffen. Deze toevoeging geeft consumenten het recht – *the right to know* – de distributeur of de fabrikant te vragen of het product dat ze kopen die stof bevat. Dat betekent ook dat producenten van artikelen die deze stof in een concentratie van meer dan 0,1 % bevatten, het ECHA in kennis moeten stellen via de SCIP-gegevensbank, die voor iedereen toegankelijk is op de website van het ECHA.

Eind 2022 en begin 2023 werden verschillende artikelen op de markt gecontroleerd om na te gaan of ze dergelijke zorgwekkende stoffen bevatten. De resultaten zijn nog niet beschikbaar.

Bisfenol A is momenteel verboden in kassabonnen en papieren strookjes. Een ruimere beperking van de bisfenolfamilie wordt nu geanalyseerd door de wetenschappelijke comités van het ECHA. Die analyse zal naar verwachting resulteren in een brede beperking van deze stoffenfamilie. De maatregel zal dus niet beperkt blijven tot baby's en kinderen.

De controles van etiketten van materialen die in contact komen met voeding en de opstelling van controleprogramma's vallen onder de bevoegdheid van het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen. Voor meer informatie verzoek ik u om uw vraag te richten aan minister Clarinval, die daarvoor verantwoordelijk is.

19.04 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et pour la réflexion qui est menée actuellement sur le remplacement du bisphénol A. En effet, comme vous l'avez dit, il est important de ne pas remplacer une substance par une autre qui pourrait avoir des effets encore plus nocifs sur la santé de nos enfants et sur la santé en général.

19.05 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U zegt dat België dringende maatregelen vraagt en op Europees niveau echt wil vooruitgaan. Als er in juni een nieuwe discussie volgt, hoop ik dat we dan echt stappen kunnen zetten.

Ik ben het eens met mevrouw Zanchetta als het gaat over het vervangen van bisfenol. Testaankoop is daarover heel duidelijk. Als men het ene bisfenol gaat vervangen door het andere, dan verplaatst men het probleem. Zij zijn voorstander om nu al verder te gaan en ook andere soorten bisfenol te verbieden.

Ik zit wel nog gewrongen met het *right to know*. Testaankoop legt ook bloot dat zelfs producten waarop een BPA-free label plakt het toch nog bevatten. De consument moet dan het *right to know* toepassen om verder uit te zoeken of het aanwezig is of niet.

We hebben in het NAPED, het plan inzake de hormoonverstoorders, vaak gediscussieerd over hoever de consumentenverantwoordelijkheid gaat en waar de verantwoordelijkheid van de overheid begint. Ik vind dat de overheid hier echt een streep in het zand moet trekken. We mogen dat bisfenol niet meer tolereren in de buurt van onze kinderen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036516C van mevrouw Van Hoof wordt uitgesteld.

We komen dan tot de samengevoegde vragen nrs. 55036540C van mevrouw Gijbels en 5503669C van mevrouw Muylle over de behandeling van eierstokkanker. Ik heb geen nieuws van mevrouw Muylle.

19.06 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, van mij mag de vraag worden uitgesteld.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036548C van mevrouw Van Hoof wordt op haar vraag uitgesteld.

20 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "FBSS" (55036569C)
20 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le FBSS" (55036569C)

20.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, patiënten die lijden aan een zware aandoening die opgenomen is in de E-lijst kunnen een vermindering krijgen op het deel dat zij betalen voor kinesitherapie of sommige specifieke verstrekkingen. De huisarts of specialist kan hiervoor een dossier opstarten dat vervolgens moet worden goedgekeurd door de adviserend arts van het ziekenfonds.

Het Failed Back Surgery Syndrome (FBSS) is echter niet opgenomen in de E-lijst.

Waarom is deze aandoening niet opgenomen in de lijst? Zal deze aandoening worden opgenomen in de lijst?

Wordt deze redelijk lange lijst regelmatig bijgewerkt?

Komen patiënten in aanmerking voor een betere terugbetaling van kinesitherapie indien ze door een neurostimulator de pijn ten gevolge van het FBSS onder controle proberen te houden en een gunstig effect van de sessies kinesitherapie ervaren?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Sneppe, in antwoord op uw eerste vraag geef ik u mee dat FBSS niet is opgenomen op de E-lijst, zoals dat ook niet het geval is met de niet-paralyserende sequelen van discale herniachirurgie. Het gaat vaak om een klinisch tableau, dat door pijn wordt gedomineerd.

Op uw tweede vraag kan ik antwoorden dat de aandoening niet op de E-lijst zal worden opgenomen. Er zijn echter wel mogelijkheden via de Fa-lijst.

Dat is een heel technische uiteenzetting, die ik moet citeren. Ik wil ze u geven, maar dat is een uiteenzetting over de manier waarop de Fa-lijst ineenzit. U zal zien dat er ter zake mogelijkheden zijn.

Uw derde vraag was of de lijst regelmatig wordt bijgewerkt. Ik neem aan dat het over de E-lijst gaat.

Ik wil, ten eerste, aangeven dat de diagnose op een van de aandoeningen op de E-lijst alleen niet volstaat om in aanmerking te komen voor het statuut van zware pathologie. Er moet ook sprake zijn van functionele repercussies die van dien aard zijn dat er een verhoogde nood is aan kinesitherapie of fysiotherapie.

Aanpassingen aan de lijst kunnen door het College van artsen-directeurs worden voorgesteld op basis van de eigen bevindingen of van signalen vanuit het terrein na grondig overleg met de experten ter zake. Regelmatig bijwerken gaat dus niet zomaar.

Het gaat ook om een aanpassing van het koninklijk besluit, wat een procedure met een aanzienlijke looptijd is.

Op uw laatste vraag moet ik antwoorden dat daarin niet is voorzien, maar de kinesitherapiesessies van de Fa-lijst, dus zestig zittingen plus twintig, waarnaar ik daarnet heb verwezen, hebben een voordeliger persoonlijk aandeel dan de courante kinesitherapiesessies.

20.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Het is een vrij technisch dossier, waar ik zelf ook niet echt in thuis ben, mijnheer de minister. Ik kijk dus uit naar uw technische uitleg daarvan. Ik mag toch aannemen dat u mij die nog zult doorsturen?

Ik heb de lijst bekeken op de website van het RIZIV, maar die is voor het laatst bijgewerkt in 2019. Het is allicht ook niet zo vanzelfsprekend om die regelmatig bij te werken. Hoe dan ook blijf ik het dossier opvolgen en zal ik er u in de toekomst misschien nog meer vragen over stellen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036586C van mevrouw Sneppe is ingetrokken, aangezien die vraag al schriftelijk werd beantwoord. Vraag nr. 55036642C van mevrouw Pisman wordt uitgesteld.

21 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De procedure voor de aanstelling van de voorzitter van de FOD Volksgezondheid" (55036650C)
21 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de désignation du président du SPF Santé publique" (55036650C)

21.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

De heer Ramaekers werd als tijdelijk voorzitter van de FOD Volksgezondheid aangesteld. Dit tijdelijke mandaat loopt in de regel tot juni 2023. Gezien de voorgeschiedenis van stuurloosheid tijdens de COVID-pandemie is het belangrijk een duidelijk leiderschap en binnen de FOD Volksgezondheid te hebben.

In het verlengde hiervan zou ik graag volgende vragen stellen:

1. Graag had ik vernomen of er ondertussen een examenprocedure georganiseerd en werd en actief is om een definitieve voorzitter aan te stellen?

2. Nam de heer Ramaekers deel aan deze examenprocedure?

3. Hoeveel kandidaten schreven zich voor deze procedure na op de bekendmaking? Werd de functie opengesteld? Via welke kanalen gebeurde dit?

4. Klopt het dat u overweegt om de tijdelijke functie van de heer Ramaekers te verlengen? Zo ja, kan u mij duiden waarom er opnieuw voor een tijdelijke functie geopteerd wordt?

5. Hoe courant zijn deze tijdelijke functies gestoeld op een salarisband A7 en de extralegale voordelen die aan de tijdelijke voorzitter werden toegewezen? Kan u mij duiden hoeveel gelijkaardige casussen er in de federale overheidsorganisaties te vinden zijn op vandaag?

6. Ik heb vernomen dat bij de eerste tijdelijke aanstelling van de heer Ramaekers er als sprake was van een langere termijn. Dit zou echter politiek tegengehouden zijn. Kan u dit bevestigen of ontkrachten?

7.Werd de heer Auwers ondertussen op pensioen gesteld? Werd hiermee zijn vergoeding binnen de FOD op niveau van salarisband A7 stopgezet? Indien de heer Auwers niet op pensioen zou zijn: wat is zijn huidige functie, de bijhorende verloning en/of andere voordelen?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, ten eerste, de functiebeschrijving werd inmiddels gewogen door de FOD BOSA en het dossier werd naar de minister van Ambtenarenzaken verstuurd om via de FOD BOSA de procedure te lanceren.

Ten tweede en ten derde, de vacature werd nog niet bekendgemaakt.

Ten vierde, de tijdelijke functie werd verlengd bij ministerieel besluit van 30 januari 2023 voor een periode van zes maanden vanaf 1 februari 2023, confer artikel 20, § 3, van het koninklijk besluit van 29 oktober 2001.

Ten vijfde, de verlenging van een managementfunctie gebeurt in de huidige salarisband en de extralegale voordelen. Voor de heer Ramaekers is dat dus salarisband 7. Nog andere federale overheidsdiensten wachten op de aanstelling van een nieuwe voorzitter en hebben momenteel een ad-interimvoorzitter. De voorzitter van de FOD Buitenlandse Zaken is bijvoorbeeld ad interim aangesteld.

Ten zesde, de termijn van het ministerieel besluit is opgemaakt met het oog op een normale duurtijd van een definitieve selectieprocedure door de betrokken bevoegde organisatie. Wij hopen dat de definitieve selectieprocedure zo snel als mogelijk vervolledigd kan worden.

Ten zevende, zoals bepaald was, verliep het tijdelijk mandaat van de heer Auwers op 31 januari 2023 ’s avonds. Dat einde mandaat werd behandeld als een uitdiensttreding. In dat geval heeft de heer Auwers recht op een dergelijke beëindigingsvergoeding, op basis van artikel 24 bis van het koninklijk besluit, dat stelt dat de mandaathouder van wie de eindevaluatie werd besloten met de vermelding ‘te ontwikkelen’, en die geen beroepsinkomen of rustpensioen geniet of zou kunnen genieten, een beëindigingsvergoeding ontvangt. Die is hem nog niet toegekend, omdat wij juridisch wilden verifiëren of dat recht hem wel degelijk toekomt. De beëindigingsvergoeding wordt toegekend als men geen beroepsinkomen of rustpensioen geniet of zou kunnen genieten.

Persoonlijk vind ik dat overigens geen goed systeem en ik heb aan de minister van Ambtenarenzaken voorgesteld om dat systeem van de beëindigingsvergoeding stop te zetten in de toekomst. Dat is alleen mogelijk voor de toekomst. Dat men de vergoeding alleen maar krijgt als men geen beroepsinkomen heeft of kan hebben, creëert natuurlijk een soort van inactiviteitsval, wat we eigenlijk niet wensen. Hopelijk zal mevrouw De Sutter ingaan op het voorstel om dat systeem te hervormen.

21.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is toch wel een beetje bijzonder dat u voor de heer Auwers, die twee keer een negatieve evaluatie kreeg en op ziekteverlof ging, bij de beëindiging van zijn mandaat de beëindigingsvergoeding waarvan u het bedrag niet hebt vernoemd – ik zal er via een andere vraag naar informeren –, toch zult betalen. Ondertussen heeft de heer Auwers, in inactiviteit, gedurende maanden een zeer hoog salaris ontvangen.

U hebt de heer Ramaekers, die zijn diensten bewezen had bij de Taskforce Vaccinatie, bijgevolg als interim-voorzitter van de FOD aangesteld. De initiële aanstellingstermijn van de heer Ramaekers is verlopen. U zult nu een nieuwe selectie organiseren, maar u hebt het mandaat van de heer Ramaekers ondertussen verlengd. U betaalt de heer Ramaekers een volwaardig loon van voorzitter van de FOD Volksgezondheid. U betaalt zelfs meer dan de collega van Buitenlandse Zaken, waarnaar u verwees.

U repliceert ook niet op de opmerking dat al in eerste instantie aan de regering was voorgelegd dat de heer Ramaekers voor langere termijn als voorzitter van de FOD zou worden aangesteld. Ik blijf het u vragen. Ik heb de indruk dat u hier niet geheel naar waarheid antwoordt. Wij komen hier zeker nog op terug.

21.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Ik stel voor dat ik u onmiddellijk de exacte gegevens laat bezorgen, dan hoeft u mij die vraag niet opnieuw te stellen. Het is geen staatsgeheim, maar om hoeveel het precies gaat, weet ik niet.

U zegt ook iets dat niet helemaal juist is. De laatste twee officiële evaluaties van de heer Auwers waren ‘te ontwikkelen’. Dat is niet hetzelfde als een negatieve evaluatie. Nadien was hij afwezig wegens ziekte. Hij heeft geen enkele nieuwe evaluatie meer gekregen. BOSA beschouwt dat dus juridisch als de eindevaluatie. Volgens artikel 24bis van het KB betreffende de aanduiding en de uitoefening van managementfuncties in de federale overheidsdiensten heeft hij dus recht op de beëindigingsvergoeding van 10 maanden mits hij geen beroepsinkomsten of rustpensioen heeft. Juridisch is dat zo, maar het is geen goed systeem. Ik heb aan mevrouw De Sutter voorgesteld om dat voor de toekomst te veranderen. Ik zal u onmiddellijk op de hoogte stellen. Dat zijn de feiten.

21.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het feit is dat tijdens de coronacrisis, de grootste maatschappelijke crisis in jaren, de FOD Volksgezondheid een beroep moest doen op een voorzitter van wie de minister in documenten die we hebben kunnen inkijken, zei dat hij er in een vergadering verneveld uitzag.

De evaluaties van die voorzitter waren inderdaad 'te ontwikkelen', maar het betreft hier een persoon die niet kon functioneren op het moment dat al onze zorgverstrekkers het maximum deden om de patiënten met COVID op te vangen, op het moment dat er geen mondmaskers noch medicijnen waren. Die persoon gaat in ziekteverlof, treedt nu uit dienst en u zult die persoon een vergoeding van zowat 200.000 euro uitbetalen.

21.06 Minister **Frank Vandenbroucke:** Uw partij had jarenlang de kans om die regel te veranderen. Had u geen verantwoordelijkheid in de vorige regering? U hebt toen helemaal niets ondernomen. Ik heb minister De Sutter gezegd dat ik wil dat dat verandert.

21.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt de voorzitter van de FOD maandenlang de hand boven het hoofd gehouden. Ik heb u ernaar gevraagd.

21.08 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, wie was verantwoordelijk?

De **voorzitter**: Ik stel voor om het hierbij te laten. Het laatste woord is aan mevrouw Depoorter en dan sluiten we het incident.

21.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt dezelfde persoon maandenlang de hand boven het hoofd gehouden, terwijl u heel goed wist dat er een functioneringsprobleem was. U zult een uittredingsvergoeding van 200.000 euro toekennen aan dezelfde persoon.

21.10 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, wie is vóór minister De Sutter jarenlang verantwoordelijk geweest voor Openbaar Ambt?

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik stel voor het hierbij te houden. Ik moet het laatste woord aan mevrouw Depoorter geven.

21.11 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u zult 200.000 euro uitbetalen aan de voormalige voorzitter van de FOD. U hebt in de hele periode dat u minister bent, zijnde drie jaar lang, niks gedaan om de huidige anomalie, namelijk de uitbetaling van 200.000 euro, te voorkomen.

21.12 Minister **Frank Vandenbroucke:** (…)

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55036654C de Mme Sofie Merckx et n^{os} 55036683C et 55036684C de Mme Catherine Fonck sont reportées.

Vraag nr. 55036655C van de heer Steven Creyelman wordt ingetrokken. Vraag nr. 55036657C van de heer Steven Creyelman wordt uitgesteld.

22 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van Comprehensive Genomic Profiling ingeval de primaire tumor onbekend is" (55036661C)
22 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recours au profilage génomique complet lorsque la tumeur primaire est inconnue" (55036661C)

22.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, bij een aantal patiënten waarbij uitgezaaide kanker wordt vastgesteld, vindt men geen primaire tumor. Omdat de diagnose “primaire tumor onbekend" (PTO) pas kan worden gesteld als andere kankersoorten zijn uitgesloten, volgt de patiënt een lastig en uitgebreid diagnostisch traject. Dat vertraagt en verhindert ook de keuze van een geschikte behandeling. In ons land worden jaarlijks ongeveer 700 patiënten met deze problematiek geconfronteerd. In 2018 veroorzaakte PTO het op vier na hoogste aantal overlijdens door kanker.

Een oplossing voor dit probleem kan gevonden worden in *comprehensive genomic profiling* (CGP). Dit is een eenmalige, brede sequencing die toelaat om enkele honderden kankergenen te onderzoeken. Die kunnen momenteel enkel apart of per enkele tientallen genen getest worden per kankertype. Op basis van de verkregen inzichten kan de arts een doelgerichtere behandeling voorstellen.

In Nederland werkt men voor PTO met een beknopt diagnostisch traject waarbij CGP wordt gebruikt indien in een periode van vier tot zes weken de primaire tumor niet gevonden kan worden.

Hoe staat u tegenover de inzet van CGP bij mensen waarbij de primaire tumor niet gevonden wordt?

Hoe staat u tegenover een gerichte terugbetaling van CGP bij een duidelijk afgelijnde groep van patiënten waarvoor de meerwaarde wetenschappelijk kan worden aangetoond?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mijnheer De Caluwé, *genomic profiling* is een vorm van *next-generation senquencing precision testing*. Momenteel is er reeds een overeenkomst tussen het Verzekeringscomité en verschillende laboratoria waarin in een tegemoetkoming wordt voorzien voor het gebruik van bepaalde toepassingen van *next-generation senquencing* in de oncologie. De types tumoren, de te evalueren genen en het type NGS-test worden geregeld aangepast op voorstel van een nationale groep van experts, waaronder oncologen, hematologen, pathologen en klinisch biologen.

Bij de meest recente aanpassing, in werking sinds 1 januari 2022, hadden deze experts nog geen voorstel voor CGP ingediend en werd er dus nog geen tegemoetkoming voorzien voor CGP in het kader van deze NGS-overeenkomst.

Patiënten met een uitzaaiing waarbij de primaire tumor niet kan worden gevonden, zijn een klinische uitdaging. Er lopen twee CGP-studies in België, opgezet als *public-private partnership*, de GeNeo- en de BALLETT-studie. Deze gaan na of het gebruik van CGP deze patiënten vooruithelpt en of er daardoor een meer geschikte behandeling kan worden gevonden. Ik ben benieuwd naar de resultaten van deze studies.

Indien de GeNeo- of BALLETT-studie of andere studies aantonen dat CGP kan helpen om voor bepaalde duidelijk gedefinieerde groepen patiënten een behandeling voor te stellen, dan dient daarvoor een vergoeding te worden overwogen. Die zal niet alleen afhangen van de klinische utiliteit maar ook van welke patiënten in aanmerking komen, de kosten van deze test, de beschikbaarheid en de haalbaarheid ervan in de Belgische setting en de beschikbare budgetten. Of en hoe zo’n tegemoetkoming kan worden geregeld, dient door de relevante werkgroepen, raden en comités van het RIZIV te worden uitgewerkt.

22.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Net als u kijk ik uit naar de resultaten. We zullen dit mee opvolgen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 33036662C van mevrouw Jiroflée wordt uitgesteld.

De vragen nrs. 33036667C en 33036668C van de heer Creyelman worden ingetrokken, vermits hij de antwoorden intussen schriftelijk ontving.

23 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tender voor de vaccindistributie" (55036676C)
23 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appel d'offres pour la distribution des vaccins" (55036676C)

23.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de zomer van 2022 kondigde u aan dat er een tender was uitgeschreven om het bestaande contract rond de vaccindistributie met de firma Medista te vervangen. Het perceel rond de vaccindistributie werd gewonnen door en later ook toegewezen aan de logistieke partner Movianto.

Volgens mijn informatie werd ook al eerder, met name tussen het najaar 2021 en juni 2022, een gelijkaardige tender uitgeschreven, die toen echter werd teruggetrokken. Kan u mij duiden waarom de tender werd teruggetrokken? Wie zou de aanbesteding binnenhalen?

Waarin verschilt de aanbesteding die in de zomer werd uitgeschreven van de eerst gepubliceerde aanbesteding?

Wat waren de vereiste voorwaarden rond de stockage in bijvoorbeeld de ULT's of andere?

Was er tussen de eerste en de tweede tender contact tussen uw kabinet en de firma Movianto over de vaccindistributie? Waarover ging dat contact? Wie van uw kabinet was daarbij aanwezig? Wanneer vond het plaats?

Voor hoeveel miljoen euro aan opdrachten was een goedkeuring van u als enig bevoegd minister voldoende? Voor hoeveel miljoen euro aan facturen werd een collega-minister betrokken bij de beslissing?

Kan u mij bevestigen dat de procedure van aanbesteding voor elke opdracht werd gerespecteerd? Welke dienst schreef de opdrachten uit?

Werd in de aanbesteding of het contract een clausule van onderaanneming opgenomen?

Kan u mij bevestigen dat de contracten sluitend en conform de aanbesteding werden uitgevoerd? Werden alle facturen als conform aanzien en uitbetaald? Zijn er betwistingen van eventuele nog onbetaalde facturen?

Mijnheer de minister, neem mij niet kwalijk. Ik ben verkeerd.

Mijnheer de voorzitter, ik herhaal vanaf de vijfde vraag.

De consultant die werd aangesteld via Movianto door de FOD Volksgezondheid in het kader van het Rescueproject heeft toegang tot geheime bedrijfsinformatie van de firma Medista. Dat blijkt uit mails die ik ter inzage had.

Acht u dat deontologisch verantwoord?

Kan u mij de stand van zaken mededelen rond de dading die u probeert te sluiten met de firma Medista?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, wat uw eerste punt betreft, haalt u in uw vraagstelling een aantal zaken door elkaar. De wat u noemt 'gelijkaardige tender van 2021', waarnaar u verwijst, was in de praktijk verschillend van de tender die in 2022 aan Movianto werd gegund. De tender van 2021 had geen betrekking op de vaccins. De reden waarom de tender van 2021 niet werd gegund, was de steeds wijzigende context van de COVID-19-pandemie, de evolutie van de diensten die nodig waren voor het beheer van een strategische voorraad geneesmiddelen en gezondheidsproducten en de evolutie van de vraag van de intermediaire gebruikers. Bovendien waren bepaalde elementen en criteria van het bestek op dat moment niet langer pertinent.

Ik geef u drie voorbeelden. De registratie als distributeur en importeur van de werkzame stoffen rocuroniumbromide en atracurium besilaat maakte deel uit van de selectiecriteria voorzien in het bestek, maar de opslag en de levering van deze werkzame stoffen maakte slechts een verwaarloosbaar deel

uit van de opdracht en het was bijgevolg niet langer nuttig om dit criterium te hanteren.

Voorts voorzag het bestek in de mogelijkheid van het opslaan van geneesmiddelen en gezondheidsproducten in een temperatuurzone van -80°C. Dat was niet langer vereist voor de uitvoering van deze opdracht, aangezien hij geen betrekking had op vaccins, maar op geneesmiddelen en gezondheidsproducten, waarvan er geen enkele bij -80°C wordt bewaard.

Bepaalde diensten die niet in het bestek waren opgenomen, waren bovendien sinds de aankondiging van het bestek noodzakelijk geworden, onder andere de schenkingen van geneesmiddelen en gezondheidsproducten aan het buitenland, het materiaal voor de uitvoer naar derde landen dat geschikt is voor transport en de voorbereiding van de vernietiging.

Wat uw tweede vraag betreft, er waren verschillende inschrijvers. De opdracht werd stopgezet en er werd geen gunningsbeslissing genomen.

Wat uw derde vraag betreft, de diensten werden veel gedetailleerder en uitgebreider beschreven: aanvullende details in de basisdiensten, naast de voorbereiding van internationale donaties, het vervoersmateriaal, de retourzendingen, de voorbereiding voor vernietiging, de voorbereiding van IVD-kits enzovoort. De inschrijver moest kunnen beschikken over de vereiste farmaceutische vergunning en de faciliteiten om de geneesmiddelen en gezondheidsproducten bij verschillende temperaturen te bewaren.

Wat de vierde vraag betreft, werd tussen de eerste en de tweede tender voor de vaccins een marktonderzoek uitgevoerd door de FOD VVVL bij verschillende ondernemingen waaronder Movianto. Mijn kabinet was daarbij niet aanwezig.

Op de vijfde vraag kan ik antwoorden dat de consultant geen toegang heeft tot bedrijfsinformatie van de vorige logistieke firma die al schriftelijk zijn bezorgdheid hierover heeft geuit en daaromtrent een antwoord heeft ontvangen.

Ten slotte, naar aanleiding van door de FOD betwiste facturen werden er door de vorige logistieke dienstverlener procedures in rechte opgestart. Deze procedures zijn lopende. Er is een dialoog tussen de vorige logistieke dienstverlener en de FOD. Het is de doelstelling van de FOD om te komen tot een rechtszekere oplossing.

23.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is wel een bijzonder antwoord. U geeft aan dat de tender die u uitgeschreven hebt in het najaar van 2021 gedetailleerder was dan de tender die u in het voorjaar hebt aangegeven.

23.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Nee.

23.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Jawel, u zegt net dat er een precieze omschrijving is van de stockage op -80°C voor uitvoer, invoer, vervoer, opslag en dergelijke. U geeft ook aan dat de vergunningen voor rocuronium en atracurium in orde moesten zijn en dat dat niet meer nodig was. Ze waren in januari dit jaar nog altijd niet in orde bij de FOD. U hebt de tender dus wel aangepast. Ondertussen is er ook een marktonderzoek gebeurd waarbij u aangeeft dat Movianto erbij betrokken was. In hoeverre kan u dan bewijzen dat een nieuwe tender niet uitgeschreven is *à la tête du client*? Dat is een bijzonderheid in uw antwoord.

Welke andere stakeholders zijn er betrokken bij dat onderzoek dat de FOD heeft uitgevoerd? Dit neigt immers toch wel naar het herschrijven van een tender die meer op maat is van de cliënt. De vergunning voor de stockage aan -80°C voor Movianto was nog altijd niet in orde in september 2022, toen de tender al toegewezen was en toen de distributie al moest gebeuren. Dit antwoord maakt mij dus nog ongeruster dan ik al was. U zegt ook dat de consultant geen toegang heeft tot geheime bedrijfsinformatie, maar dat klopt niet. Die consultant stuurt immers mails van de vorige vaccindistributeur door van de FOD Volksgezondheid naar andere federale overheidsdiensten. Die persoon heeft dus wel degelijk toegang tot geheime bedrijfsinformatie. Uw verhaal klopt niet en houdt geen steek.

U geeft aan dat u snel een dading wilt en u hebt mij dat een maand of twee maand geleden ook gezegd. Wat is echter ‘snel’? Het is zeker voor de kosten van de juridische procedure die de belastingbetaler moet betalen heel belangrijk dat u echt snel handelt.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036577C van mevrouw Depoorter wordt op haar vraag uitgesteld. De vragen nrs. 55036680C van mevrouw Merckx en 55036682C van mevrouw Fonck worden eveneens uitgesteld.

24 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de opvolging van de administrateur-generaal van het FAGG" (55036686C)
24 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état de la situation en ce qui concerne la succession de l'administrateur général de l'AFMPS" (55036686C)

24.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we hadden het net over de voorzitter van de FOD Volksgezondheid, nu over de benoeming van een nieuwe administrateur-generaal van het FAGG, dat toch een belangrijke stakeholder is in het gezondheidsbeleid.

Het mandaat van de vorige administrateur-generaal liep af op 1 maart 2022, maar het mandaat werd tijdelijk verlengd, aangezien er nog geen opvolger was. Er werd daarom een nieuwe procedure opgestart. Ik heb in de wandelgangen vernomen dat het de goede richting uitgaat, maar ik zou graag van u vernemen hoe ver het staat met de selectie van de nieuwe administrateur-generaal. Tegen wanneer zal bekend worden wie die functie op zich zal nemen?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Depoorter, werkenvoor.be, het vroegere Selor, heeft in maart 2023 een nieuwe selectieprocedure voor de functie van administrateur-generaal gelanceerd. De sollicitaties moesten vóór 30 maart 2023 worden ingediend.

In overeenstemming met de geldende regelgeving zijn de bevoegde diensten van de FOD Beleid en Ondersteuning momenteel bezig met de screening van de kandidaten, de organisatie van de computergestuurde assessmentproef en de mondelinge proef op basis van een casus uit de praktijk. Ik heb in dit stadium geen verdere informatie over deze selectieprocedure.

Op uw tweede vraag kan ik niet antwoorden, omdat ik pas na de bovengenoemde tests in het bezit zal zijn van het proces-verbaal van de genoemde selectie en over zal gaan tot het geplande aanvullende gesprek met de kandidaten van de groep ‘geschikt’. Hopelijk zijn er kandidaten van de groep ‘geschikt’. We hebben de selectieprocedure immers al eens moeten herhalen.

24.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de muren zeggen mij dan meer dan wat u mij vertelt. Ik wacht de officiële communicatie verder af.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Le **président**: L'ordre du jour appelle les questions jointes n^{os} 55036689C et 55036701C de Mme Zanchetta et M. Rigot. Je n'ai aucune nouvelle, ni de l'un, ni de l'autre.

24.04 Minister **Frank Vandenbroucke:** Die vallen dus weg.

Le **président**: Elles deviennent effectivement sans objet et la question n° 55036695C de M. Patrick Prévot est reportée.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.18 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 18.