

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 30 MAI 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 30 MEI 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 14 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.14 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.

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

01 Question de Patrick Prévot à Alexia Bertrand (Budget et Protection des consommateurs) sur "Le régime de faveur accordé à l'étiquetage de l'alcool" (55036254C)

01 Vraag van Patrick Prévot aan Alexia Bertrand (Begroting en Consumentenbescherming) over "De voorkeursbehandeling voor de etikettering van alcoholhoudende dranken" (55036254C)

01.01 Patrick Prévot (PS): *Madame la Secrétaire d'Etat, Towa, une association rassemblant consommateurs et producteurs, mène un combat pour plus de transparence en ce qui concerne l'étiquetage des boissons alcoolisées - des boissons qui bénéficient depuis près de quarante ans d'un régime de faveur car elles ne sont pas soumises à la même réglementation européenne que les denrées alimentaires.*

Pour l'association, ce particularisme permettrait à l'industrie de l'alcool de masquer les additifs présents dans leurs produits et risquerait de faire naître des velléités d'autres filières gourmandes en additifs.

Cette exception n'est pas favorable à la protection du consommateur, qui a droit à la transparence la plus complète quant au contenu du produit qu'il achète.

Madame la Secrétaire d'Etat,

- Comment peut-on expliquer ce régime d'exception de mentions des ingrédients dont les additifs sur l'étiquette (point 4 de l'article 16 du FIC)? Ce traitement de faveur en vigueur depuis longtemps peut-il être revu? Des discussions au niveau européen sont-elles en cours dans ce sens? Quelle serait la position du gouvernement fédéral dans cet objectif de transparence et de protection du consommateur?

- La filière du vin a obtenu que ses ingrédients puissent être consultés uniquement via un QR code, mettant fin au support physique. Cette consultation implique une compétence numérique que tous les consommateurs ne possèdent pas : cette numérisation des composés détaillés est-elle en train de s'accroître au niveau européen? La fracture numérique est-elle prise en compte dans ce changement de support?

Je vous remercie pour vos réponses.

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, je regrette également fortement ce régime particulier accordé à l'étiquetage des boissons alcoolisées.

Alors que la règle générale est que les denrées alimentaires préemballées doivent reprendre une liste d'ingrédients et une déclaration nutritionnelle, les boissons alcoolisées en ont toujours été exemptées. Lorsque les règles d'étiquetage ont été rediscutées en 2010, il n'y a pas eu moyen de changer cette approche en raison de l'opposition d'un nombre important d'États membres, principalement ceux

producteurs de vin. Cette exemption a donc été renouvelée dans l'article 16 du FIC que vous mentionnez (Règlement (UE) n° 1169/2011).

On peut saluer les initiatives de certains secteurs, notamment celui de la bière, de reprendre ces informations de façon volontaire. Mais, à mes yeux, ce n'est pas suffisant. Ces exemptions ne sont pas justifiées et devraient cesser.

Dans le cadre de son *Europe's Beating Cancer Plan*, la Commission européenne a annoncé son intention de déposer une proposition législative pour revoir la réglementation et rendre obligatoires la liste des ingrédients et la déclaration nutritionnelle pour les boissons alcoolisées. Le plan alcool que j'ai porté au niveau fédéral prévoit que la Belgique apporte son plein soutien à cette initiative.

Malheureusement, à ce stade, la Commission n'a pas encore déposé sa proposition. Le secteur viticole fait l'objet d'une réglementation très spécifique avec ses propres règles. Dans ce contexte, la compromis a été que l'indication de la liste des ingrédients pourrait se faire de manière dématérialisée. Si l'obligation de la déclaration de la liste des ingrédients est une avancée en soi, le fait qu'elle puisse être communiquée via un QR code ne tient selon moi pas suffisamment en compte la fracture numérique. Ce cas très spécifique ne doit en aucun cas devenir la tendance. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre des discussions qui seront menées au niveau européen pour l'ensemble des boissons alcoolisées, je ne serai pas favorable à ce qu'une partie de l'information soit reprise en dehors des étiquettes.

01.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui correspond un peu – je suis heureux de l'entendre – à la position qui est la mienne par rapport à ce régime d'exception des boissons alcoolisées, à l'exclusion du secteur brassicole qui, vous l'avez dit, s'impose d'emblée davantage de transparence.

Pour ce qui me concerne je ne suis pas un père la morale. Il m'arrive de boire un verre de vin, un verre d'alcool. Je bois même très volontiers une bière. Mais en matière de protection des consommateurs, il faut pouvoir assurer la totale transparence, singulièrement lorsqu'il s'agit de boissons alcoolisées.

Pour revenir sur l'exemple des vins, le fait de communiquer les informations uniquement via un QR code me pose évidemment problème. Ce problème est d'ailleurs très souvent évoqué puisqu'il s'agit de la fracture numérique. Avec ce choix de support, la transparence requise ne s'appliquera pas à certaines personnes.

J'entends que les choses pourraient bouger et que le plan alcool va dans ce sens. J'espère que cela sera très rapidement le cas.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

02 Samengevoegde vragen van

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De controles op tattooshops" (55036516C)
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Tatoeages" (55036843C)

02 Questions jointes de

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les contrôles dans les salons de tatouage" (55036516C)
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les tatouages" (55036843C)

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof heeft zich verontschuldigd. Haar vraag is bijgevolg zonder voorwerp.

02.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, zoals we allemaal zien, zijn tatoeages populairder dan ooit. Alsmar meer mensen laten een tattoo zetten en het aantal tattooshops neemt dan ook fors

toe. Bij de FOD Volksgezondheid zijn ondertussen 2.350 tattooartiesten geregistreerd die een erkenningsnummer hebben gekregen nadat ze een verplichte driedaagse hygiënecursus hadden gevolgd. Ook het aantal illegale tatoeëerders neemt evenwel flink toe. Vooral het zogenaamde *stick & poke*, waarbij jongeren tattoos zetten op feestjes, vaak met alle medische gevolgen van dien, blijkt dan ook een nieuwe trend.

Ondanks deze evolutie lijkt het aantal controles in België evenwel zeer laag, vooral in vergelijking met bijvoorbeeld Nederland. Tattooartiesten geven aan dat ze vaak jarenlang geen inspecteur over de vloer krijgen.

Hoeveel controles heeft de FOD Volksgezondheid de laatste jaren uitgevoerd?

Waarom is het aantal controles tien jaar geleden drastisch verminderd? Begin deze maand werd een *Pano*-reportage uitgezonden. Daarin werd als argument vermeld dat de reden daarvan het ontslag van twee vaste inspecteurs was. Bent u van plan om het aantal controles op te voeren gezien de maatschappelijke evolutie?

Momenteel kan de FOD Volksgezondheid enkel controles uitvoeren naar aanleiding van een klacht. Hoeveel klachten ontving de FOD Volksgezondheid de laatste jaren? Wilt u proactieve controles wettelijk mogelijk maken?

Hoe controleren inspecteurs of de wettelijk toegestane inkten worden gebruikt? Hoe gaan ze om met bijvoorbeeld verborgen voorraden van goedkopere en gevaarlijke illegale inkten?

In Nederland vinden meer controles alsook meer intensieve controles plaats. Zult u overleggen met uw Nederlandse collega's om na te gaan wat daar de goede praktijken zijn?

Momenteel moeten tattooartiesten een driedaagse hygiënecursus volgen. Volgens de *Pano*-reportage kan men voor die cursus niet zakken, maar krijgt men daarna wel een erkenningsnummer. Werd die opleiding ooit geëvalueerd? Overweegt u om strengere criteria op te leggen als voorwaarde om tattooartiest te worden, bijvoorbeeld via een aanpassing van het KB van 2005?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vanaf 1 juli 2021 tot op vandaag zijn er in totaal 15 tattooshops ter plaatse gecontroleerd door de Inspectiedienst Consumptieproducten van de FOD Volksgezondheid: 6 in Vlaanderen, 2 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en 7 in Wallonië. Zes controles vonden plaats in het tweede semester van 2021, 8 in het eerste semester van 2022 en 1 in het tweede semester van 2022. De meest voorkomende inbreuken op het totale aantal vastgestelde inbreuken waren dat de beroepsbeoefenaar niet geregistreerd is bij de FOD Volksgezondheid, goed voor 31 % van de inbreuken, het ontbreken van het document met informatie over de risico's voor de gezondheid dat in de wachtzaal of in de werkruimte moet uithangen, 12 %, de datum voor steriliteit van inkten en naalden die overschreden is en muren en vloeren die niet glad of afwasbaar zijn, 6 %, het ontbreken van een door de klant ondertekend document over de risico's van tatoeages of piercings, 6 %, de beoefenaar die zich onvoldoende vergewist van de fysieke toestand van de klant of van het beslissingsvermogen van de klant, 6 %. Ten gevolge van deze controles werden geen erkenningen geschorst of ingetrokken.

Momenteel zijn er 2.351 bestaande registraties in de databank van geregistreerde tatoeëerders. Het is echter niet mogelijk om te weten of deze beroepsbeoefenaars nog actief zijn, omdat de gegevens niet geregistreerd worden, dus ook niet de activiteit. Sinds 1 juli 2021 werden 334 nieuwe registraties uitgevoerd. Ik ben mij ervan bewust dat deze kwestie belangrijk is voor de veiligheid van de klanten die een beroep doen op tatoeëerders, zowel wat de hygiëne, als de gebruikte producten en apparatuur betreft. Ik ben het er ook mee eens dat een regelmatige controle en certificering van serieuze beroepsbeoefenaars noodzakelijk is, naar het voorbeeld van het Nederlandse model. Tatoeëerders zijn echter geen gezondheidswerkers, maar handelaars. De klanten van tatoeëerders kunnen in geen geval als patiënten worden beschouwd. Deze materie valt onder de Economische Inspectie en Consumentenbescherming. In dit verband ben ik in gesprek met de minister van Economische Zaken. In het kader van de REACH-wetgeving controleren de federale inspectiediensten de inkten die worden gebruikt in tattooshops, of ze conform de nieuwe Europese regelgeving zijn. Omdat tatoeëerders ook vaak hun producten online kopen en buiten de EU, zullen mijn diensten ook staalnames organiseren van dergelijke onlineaankopen.

Ik heb nog geen antwoord op uw vragen over de hygiënecursus en over het overleg met mijn Nederlandse ambtsgenoot. Misschien zult u er nog eens op moeten terugkomen of kunt u hiervoor een schriftelijke vraag aan mij richten, zodat ik daar uitvoeriger op in kan gaan.

02.03 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, uit uw antwoorden blijkt dat u hierover bezorgd bent. De reportage van *Pano* toont aan dat tatoeëerders zeker vragende partij zijn voor extra controles, in de eerste plaats om de gebruiker te beschermen. Het is zeer belangrijk om hun vraag serieus te nemen. U hebt aangegeven dat u overlegt met uw collega-minister die verantwoordelijk is voor Economie. Ik zal daar zeker nog op terugkomen. We kunnen voor good practices naar Nederland kijken, maar er zijn zonder meer nog tal van andere voorbeelden waarmee we onze huidige werking kunnen vergelijken om die te verbeteren. In Nederland verleent men beroepsvergunningen met een geldigheidsduur van drie jaar en aan het einde van die periode wordt de tatoeëerder weer gecontroleerd. Dat geeft al wat meer zekerheid op het vlak van de opvolging van de veiligheids- en hygiëneregels.

Wat de cursus van drie dagen betreft, daar zal ik zeker nog een vraag over stellen. Het gaat trouwens maar om een opleiding van twintig uur, waarna men dan van een levenslange erkenning geniet. Dat is mijns inziens ontoereikend en dat probleem moet verholpen worden, zeker gelet op het toenemende aantal medische problemen na het plaatsen van een tattoo. Dat toont immers aan dat er werk aan de winkel is.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verschillen tussen hospitalen met betrekking tot eierstokkanker" (55036540C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De concentratie van de behandeling van eierstokkanker" (55036690C)

03 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les divergences entre hôpitaux en ce qui concerne le cancer de l'ovaire" (55036540C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concentration des traitements du cancer de l'ovaire" (55036690C)

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is niet aanwezig en heeft niets laten weten. Haar vraag is dus zonder voorwerp.

03.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, een tijdje geleden werd er wereldwijd aandacht gevraagd voor eierstokkanker. Dat is een aandoening die vaak laattijdig herkend wordt. De symptomen van de patiënten zijn namelijk niet altijd even duidelijk, waardoor de prognose ongunstiger wordt. Hoe later de diagnose wordt gesteld, hoe slechter de prognose immers zal zijn.

Het Kenniscentrum heeft hierover een studie gemaakt. Daaruit blijkt dat er grote verschillen zijn tussen patiënten die in verschillende ziekenhuizen werden behandeld. Het gaat daarbij niet alleen om ziekenhuizen die meer patiënten behandelen en zo betere uitkomsten kunnen voorleggen, maar ook om een betere omkadering in die ziekenhuizen.

Ik wil graag weten wat u ondertussen met de bevindingen van het Kenniscentrum gedaan hebt. Hoe staat het met het uitwisselen van protocollen en data over eierstokkanker? Hoe staat het met de aanpak hiervan? Wordt er aan benchmarking gedaan? Wordt er opgevolgd in welke mate ziekenhuizen zich proberen te verbeteren?

Hoe staat het met het openstellen van dergelijke data voor het brede publiek? Het is immers belangrijk dat mensen weten waar ze terecht kunnen voor een behandeling en goed geïnformeerd een keuze kunnen maken.

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, zoals gesteld in de beleidsnota zullen we werk maken van de concentratie van de zorg voor zeldzame en complexe kankers. Dat is nodig om de kwaliteit van de zorg te garanderen.

Binnen het RIZIV wordt momenteel een conventie uitgewerkt voor de centralisatie van de zorg voor hoofd- en halstumoren in referentiecentra. Voor ovariumtumoren zal ook een RIZIV-conventie uitgewerkt worden, rekening houdend met de aanbevelingen van het Kenniscentrum. Dat zal wel nog wat tijd vergen omdat het RIZIV niet alles tegelijk kan doen. Dat is dus een proces waarbij we nog lang niet aan het eindresultaat toe zijn. Het staat wel op de planning en ik hoop dat we dat nog in de loop van deze legislatuur verder kunnen laten evolueren.

In het kader van de studie van het KCE over de aanpak van eierstokkanker ontvingen de ziekenhuizen een individueel feedbackrapport waarin de resultaten voor diverse indicatoren besproken worden en vergeleken worden met de resultaten van andere ziekenhuizen. Daarmee kunnen de multidisciplinaire teams in de ziekenhuizen aan de slag om processen voor kwaliteitsverbetering te ontwikkelen.

Bij de ontwikkeling van de RIZIV-conventie voor ovariumkanker wordt ook een evaluatie van de deelnemende centra voorzien.

Wanneer deze conventie in werking treedt, zal de lijst van de geselecteerde centra publiek toegankelijk zijn op de website van het RIZIV, zodat patiënten een ziekenhuis kunnen kiezen dat aan de voorwaarden van de conventie voldoet en de kwaliteit van de diagnose en de behandeling verzekerd kan worden.

Ik ben in het algemeen ook een voorstander van grote transparantie met betrekking tot kwaliteitsindicatoren van individuele ziekenhuizen, zoals die in Vlaanderen reeds op een aantal punten georganiseerd wordt.

03.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, met betrekking tot de concentratie van zorg hoop ik dat wij lessen hebben getrokken uit het borstkankerverhaal. Er zijn daaromtrent uitspraken gedaan waarvan individuele ziekenhuizen behoorlijk geschrokken zijn. Wij mogen niet opnieuw de fout maken om individuele ziekenhuizen te verwarren met gemiddelde waarden. Wij moeten echt kijken naar de kwaliteit per ziekenhuis en daaraan conclusies verbinden. Dat is veel beter dan ons te baseren op statistische gegevens.

U zegt dat het tijd zal vergen om die concentratie van zorg te realiseren. Er kunnen echter wel al zaken gebeuren. Data transparant maken, is nu eigenlijk al mogelijk. De data werden reeds gedeeld met de ziekenhuizen. Ze zullen daar misschien wel lessen uit trekken. Het is echter even belangrijk dat dit ook aan de patiënten wordt gecommuniceerd. Ook moet worden opgevolgd of ziekenhuizen daarmee wel degelijk aan de slag gaan. Mijnheer de minister, een aantal stappen kan wel degelijk al sneller worden gezet. Ik reken dan ook op u.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventioneringsgraad in de zorgberoepen" (55036642C)**

04 **Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux de conventionnement dans les professions des soins de santé" (55036642C)**

04.01 **Kathleen Pisman (Ecolo-Groen)**: Mijnheer de minister, mijn vraag naar de stand van zaken in de conventioneringsgraad bij verschillende zorgberoepen kadert in de discussie over de afschaffing van de 25 %-regel. Die regel bestaat erin dat er 25 % minder wordt terugbetaald in geval prestaties werden verricht door niet-geconventioneerde zorgverleners, zoals kinesitherapeuten, vroedvrouwen, verpleegkundigen en logopedisten. Ondanks die regel is de conventioneringsgraad niet alleen bij die zorgberoepen, maar ook bij tandartsen en artsen-specialisten problematisch.

Op 29 maart 2023 liep de notificatieperiode af waarin zorgverleners hun conventiestatus eenvoudig konden veranderen, waardoor er ondertussen dus stabiele cijfers beschikbaar zouden moeten zijn. Ter illustratie focus ik met mijn vraag op de drie zorgberoepen kinesitherapeuten, tandartsen en logopedisten. Volgens de op de website van het RIZIV, weliswaar in maart van vorig jaar, gepubliceerde cijfers is op basis van de nieuwe overeenkomst 30 % van de kinesitherapeuten, 39 % van de tandartsen en 59 % van de logopedisten gedeconventioneerd. Die cijfers verontrusten ons ten eerste. Ongetwijfeld deelt u onze bezorgdheid daarover, aangezien de deconventie de toegankelijkheid van de zorg, zeker voor de belangrijke groep van meest kwetsbare patiënten ten eerste in het gedrang brengt.

Mijnheer de minister, beschikt u, nu de termijn van notificatie voor een statuswijziging is afgelopen, over stabiele cijfers? Hoe evolueert het aantal niet-geconventioneerde zorgverleners? Zijn er grote verschillen tussen de gewesten? Wat is uw mening over die evolutie? Hebt u daarnaast ook een zicht op de gebruikscijfers die weergeven hoe vaak mensen een zorgverlener zoeken op basis van conventionering, bijvoorbeeld via de webtoepassing van het RIZIV?

Wat is uw mening over de maatregelen die tijdens de Axxon-hoorzitting gesuggereerd werden opdat opnieuw meer zorgverleners tot de conventie zouden toetreden? We denken daarbij aan een herziening van de verplaatsingskosten en een indexering van de RIZIV-premie en/of de nomenclatuur. Zult u dergelijke of andere maatregelen uitvaardigen, mogelijk in de nabije toekomst? Zult u een bijkomend onderzoek instellen in de overeenkomstencommissie naar de oorzaken van de deconventionering bij de verschillende subgroepen van zorgverleners? Zo ja, wanneer kunnen wij daarvan de resultaten verwachten? Hebt u bijvoorbeeld ook al resultaten van de enquête door Axxon bij actieve kinesitherapeuten over hun redenen voor deconventionering?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, in het antwoord dat men voor mij voorbereid heeft, staan allerlei tabellen met gedetailleerde gegevens. U mag die tabellen hebben, maar ik zal ze niet voorlezen. Ik stel voor dat ik mij beperk tot de belangrijkste gegevens en u die laat bezorgen via het secretariaat.

Wat uw eerste vraag betreft, kan ik u zeggen, met de cijfers van 19 april in de hand, dat na het afsluiten van de notificatieperiode bij de wijzigingsclausule inzake kinesitherapie 29,81 % niet toetrad tot de conventie.

Wat uw tweede vraag betreft, de evolutie van het aantal niet-geconventioneerden in zorgberoepen waar conventionering problematisch is, zoals bij de kinesitherapeuten, de tandartsen en de logopedisten, was als volgt. Bij de kinesitherapeuten bedroeg het percentage niet-geconventioneerden 30,33 % voor de conventie 2020-2021, en 29,89 % voor de conventie 2022-2023. Er is dus een beperkte daling van het aantal niet-geconventioneerde kinesitherapeuten. Bij de tandartsen bedroeg het percentage niet-geconventioneerden 39,56 % voor de conventie 2000-2021 en 39,59 % voor de conventie 2022-2023. Dat is dus een stabiele situatie. Bij de logopedisten bedroeg het percentage niet-geconventioneerden slechts 0,76 % voor de conventie 2020-2021 en 54,76 % voor de conventie 2022-2023. Dat is een zeer belangrijke stijging van het aantal niet-geconventioneerde logopedisten.

Ik heb een gedetailleerde tabel met de verschillen per gewest inzake de kinesitherapie. Grosso modo is het percentage niet-geconventioneerde kinesitherapeuten het laagst in Wallonië, namelijk 8,17 %, en het hoogst in Vlaanderen, namelijk 43,96 %. Bij de tandartsen ziet men dezelfde trend: een lager percentage niet-geconventioneerden in het Waalse Gewest, 30,31 %, en een hoger percentage in het Vlaamse Gewest 46,74 %.

De cijfers dateren van 10 maart 2022. Wij hebben namelijk niet de mogelijkheid de impact te zien van een wijzigingsclausule, omdat er ook geen dergelijke wijzigingsclausule was voor het jaar 2023.

Voor de logopedisten is er ook een verschil. In het Waalse Gewest was het aantal niet-geconventioneerden 39,23 % en in het Vlaamse Gewest 66,02 %. Dat zijn cijfers op datum van 12 mei 2023.

Ten derde, een voldoende aanbod van geconventioneerde zorgverleners is absoluut essentieel voor de tariefzekerheid van patiënten en ook voor de toegankelijkheid van de zorg. Wij nemen dus maatregelen om conventionering aan te moedigen. Ik denk bijvoorbeeld aan het feit dat wij 100 miljoen

euro ter beschikking stellen van de verschillende sectoren, met de bedoeling dat dat geld uitsluitend wordt toegekend aan zorgverleners die geconventioneerd zijn.

Op uw vierde vraag, namelijk de vraag naar cijfers die weergeven hoe vaak mensen een zorgverlener zoeken op basis van conventionering via de webtoepassing van het RIZIV, kan ik antwoorden dat dagelijks zowat 3.000 gebruikers van de zoekmotor een zorgverlener zoeken. Ik kan via onze systemen echter niet zien of de gebruiker een burger dan wel een professional is.

Ten vijfde, Axxon heeft inderdaad maatregelen gesuggereerd. Een aantal daarvan is ook uitgemond in concrete initiatieven. Bijvoorbeeld, in de wijzigingsclausule bij de overeenkomst M/22 voor de kine is opgenomen dat de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen in het kader van de begroting 2024 een concreet voorstel zal indienen om de kwaliteitspremie jaarlijks te indexeren en structureel te verhogen vanaf 2024.

Op het niveau van het Verzekeringscomité wordt een werkgroep geïnstalleerd, die onderzoek zal voeren en een geschikte oplossing zal voorstellen met betrekking tot het harmoniseren van de verplaatsingsvergoeding voor de verschillende zorgberoepen.

Het RIZIV bestudeert ook een voorstel van Axxon en de verzekeringsinstellingen om een enquête te doen bij de actieve kinesisten, onder meer om te achterhalen wat de redenen zijn voor conventionering of deconventionering. De verzekeringstellingen willen die enquête uitbreiden tot andere zorgverleners dan de kinesitherapeuten, omdat zij van oordeel zijn dat het probleem van de tanende conventioneringsgraad niet alleen bij de kinesisten optreedt.

Het betreft een complexe discussie en vooral ook een complexe oefening, die nog niet is afgerond. Ik kan u daarover dus nog geen concrete informatie geven. Ik volg alleszins het onderwerp absoluut met veel aandacht.

04.03 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Bedankt voor de vele cijfers. Ik zal die eens goed analyseren. We zullen samen met u het onderwerp warmhouden, zodat er werk van gemaakt wordt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La proposition de quotas de médecins formulée par la Commission de planification" (55036654C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les numéros INAMI" (55036683C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'organe interfédéral de planification de l'offre médicale" (55036684C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55036710C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas INAMI" (55036905C)
- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les quotas de médecins" (55036935C)

05 Samengevoegde vragen van

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorstel voor artsenquota van de Planningscommissie" (55036654C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-nummers" (55036683C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het interfederaal orgaan voor de planning van het medisch aanbod" (55036684C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55036710C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De RIZIV-quota" (55036905C)
- Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De artsenquota" (55036935C)

05.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, recent lazen wij het voorstel van de Planningscommissie medisch aanbod in verband met de artsenquota. Afgelopen vrijdag vond de tweede lezing daarvan plaats op de ministerraad.

De commissie stelt voor dat voor de Vlaamse Gemeenschap 1.144 personen en voor de Franse Gemeenschap 929 personen mogen worden toegelaten tot studies geneeskunde, wat neerkomt op 2.073 personen voor heel België. In 2022 bedroeg dat aantal 1.769 personen voor heel België. U besloot de quota uiteindelijk nog met 10 % op te trekken.

De quota die vandaag worden voorgesteld door de Planningscommissie medisch aanbod liggen duidelijk hoger dan in het advies van een jaar geleden.

Hoe komt de commissie bij die veel hogere quota? Wat denkt u dan retrospectief over de quota van 2022? Lagen die eigenlijk niet veel te laag?

Ik wil ook graag weten wat er staat in het wetsontwerp dat in tweede lezing werd behandeld door de ministerraad. Ik hoorde immers dat u het quotum voor de Vlaamse Gemeenschap met 100 personen zou hebben verhoogd. Zult u de voorgestelde quota al dan niet volgen?

05.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, j'ai deux questions.

Monsieur le ministre, vous avez pris cet arrêté royal qui est en voie de finalisation et qui doit sortir avant le 1^{er} juin, concernant les quotas INAMI, pour ceux qui vont commencer leurs études de médecine et de dentisterie au 1^{er} septembre 2023 et être diplômés en 2029, en tout cas les médecins. C'est vrai que la Commission de planification avait donné des chiffres, que vous avez respectés du côté francophone. Mais vous avez programmé une augmentation supplémentaire du côté de la Flandre. Ces dernières semaines, en Communauté flamande, de nombreuses voix ministérielles se sont élevées pour dénoncer la pénurie et les difficultés sur le terrain, et réclamer plus de possibilités de quotas pour les médecins et les dentistes.

Et la Flandre a évidemment raison. C'est d'ailleurs une bonne nouvelle sur le plan politique puisque maintenant, du côté flamand comme du côté francophone, nous partageons un même constat clair, à

savoir que la pénurie des médecins et des dentistes va croissant. Cela se voit dans la réalité de tous les jours. Des patients ne peuvent pas trouver de médecin généraliste parce que ceux-ci ne veulent plus prendre de nouveaux patients. Les délais de consultation sont extrêmement longs, parfois de plusieurs mois chez certains spécialistes. Le constat est très clair.

L'élément supplémentaire qui me perturbe est que, non seulement, vous permettez des quotas supplémentaires du côté flamand, sans en tenir compte du tout côté francophone mais aussi que, par ailleurs, quand on calcule le taux de déperdition, c'est-à-dire le nombre d'étudiants entre l'entrée et la sortie, celui-ci est beaucoup plus élevé du côté néerlandophone. Ils permettront à 1 600 étudiants de commencer leurs études, ce qui représente un taux de déperdition de plus de 17 %, alors que du côté francophone, le taux de déperdition n'est que de 6 %. Ce sont donc des éléments qui m'interpellent avec, comme lame de fond, la réalité d'une projection des forces de travail disponibles de maintenant à 2041, y compris sur la base des nouveaux quotas et des besoins de la population. Cela démontre très clairement que la hausse des quotas est largement insuffisante, puisque les forces de travail sont en baisse pour 16 spécialisations sur 30, dont les médecins généralistes du côté flamand, et de 22 sur 30 pour la partie francophone. La situation est même extrêmement critique pour dix spécialisations.

On voit donc que les forces de travail sont en baisse. Ce n'est pas étonnant quand on connaît la démographie médicale, telle qu'elle est en Belgique.

La situation est inquiétante sur le court, le moyen et le long terme - du côté francophone comme du côté flamand. Cela nécessite que, comme ministre en charge de la Santé, vous assumiez votre rôle. Vous n'êtes pas juste le comptable et le notaire de la Commission de planification. Votre rôle est de garantir la qualité des soins pour les patients.

J'ai une deuxième question qui concerne l'organe interfédéral de planification. Nous avons une commission fédérale. Des commissions communautaires ont ensuite été mises en place. Maintenant - c'est le surréalisme à la belge - en plus de tout cela, une commission interfédérale forme une couche de lasagne supplémentaire. Même si on la baptise "organe consultatif", c'est du pareil au même.

Tout cela a été annoncé dans un accord intervenu en avril 2022 entre le fédéral et les entités fédérées.

Monsieur le ministre, qu'en est-il de cet organe consultatif interfédéral? Quelle est sa composition? Quelles sont ses missions? Quel est son agenda de travail? Je vous remercie.

05.03 **Dominiek Sneppe** (VB): *Vlaanderen legde het startquotum voor de opleiding geneeskunde vast op 1.424. Intussen werd dit bijgesteld naar 1.600. Dat is een toename in vergelijking met vorig academiejaar met 1.276 studenten. Men wil dus meer studenten laten beginnen aan de opleiding, maar dit vertaalt zich niet in relatief hogere federale Riziv-quota. De instroom wordt dan weldegelijk versoepeld, het relatief aantal Riziv-nummers dat Vlaanderen zal krijgen is net veel lager door het aanpassen van de 60/40-verhouding op basis van bevolkingsaantal, naar de 55/45-verhouding, gebaseerd op de hoeveelheid werk dat artsen verzetten.*

Terwijl de federale Riziv-quota voor Vlaanderen in 2022 op 1.104 lagen, liggen ze nu op 1.144, 40 plaatsen meer. Voor de Franse Gemeenschap worden de quota echter opgetrokken van 744 in 2022 tot 929 dit jaar, een toename met maar liefst 185 plaatsen. Er kunnen dus opnieuw veel meer studenten aan de opleiding beginnen in Wallonië, ten nadele van Vlaanderen, en dit na een generaal pardon voor de honderden artsen die de voorbije jaren te veel werden opgeleid in Wallonië.

Erkent de minister dat het aanpassen van de verhouding 60/40 naar 55/45 nadelig is voor artsen actief in Vlaanderen, die nog harder zullen moeten werken? Beamt u dat u ervoor heeft gezorgd dat door uw federale quota Vlaamse artsen ongelijk behandeld worden?

Vlaanderen is het niet eens met de federale regeling en vraagt om akkoord te gaan met een startquota van 1.600 studenten, de vroegere 60%. In het regeerakkoord staat dat de federale quota en de subquota van de deelstaten op elkaar worden afgestemd. Zal u de federale quota voor Vlaanderen dus verhogen?

Zou de minister meer Riziv-nummers toekennen dan het aantal vastgelegd in de federale quota aan artsen die in Vlaanderen afstuderen, nu daar de startquota worden verhoogd, een praktijk die in

Wallonië jarenlang werd misbruikt?

U verwijst steeds naar een interfederaal orgaan om de quota te bespreken en zegt het jammer te vinden dat Vlaanderen niet ingaat op de federale uitnodiging tot een grondig interfederaal overleg. Hoe zit het met dat interfederaal orgaan, en wat valt er te bespreken als een landsdeel opnieuw wordt benadeeld?

Kan u het in Vlaanderen verdedigen dat u een generaal pardon gegeven hebt aan de Franstalige Gemeenschap, en dat u nu nog eens zorgt voor extra artsen daar, ten nadele van de Vlaamse? Begrijpt u de oproep van diverse Vlaamse artsenverenigingen die de Vlaamse regering opriepen om een belangenconflict in te dienen?

Is het responsabiliseringsmechanisme, opgenomen in het regeerakkoord, nu helemaal afgevoerd? Welke garanties heeft u dat men in Wallonië zich in de toekomst aan de quota zal houden?

05.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le contexte a été rappelé par mes collègues, à savoir l'approbation par votre gouvernement de nouveaux quotas de médecins pour l'année 2029. Cette approbation se base sur l'avis de la Commission fédérale de planification qui a recommandé le nombre de candidats pouvant entamer des études de médecine à 1 144 pour la Flandre et à 929 pour la Communauté française, alors qu'en 2022 nous n'en étions respectivement qu'à 1 104 et 744. Cette recommandation démontre une nouvelle fois que ces quotas INAMI ne répondent pas du tout aux besoins du terrain, à cette pénurie de médecins qui s'observe dans tout le pays – je tiens à le rappeler parce qu'apparemment, c'est nécessaire. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle vous avez-vous-même décidé d'augmenter ce quota à 100 de plus que ce qui était recommandé par la Commission mais uniquement pour la Flandre.

Monsieur le ministre, comment expliquez-vous cette augmentation significative? Faut-il y voir la reconnaissance que ces quotas pour 2022 étaient trop bas? Comment expliquez-vous une si grande disparité entre la Flandre et la Communauté française? Enfin, vous avez notamment expliqué que ces chiffres se basaient "sur les besoins du terrain" et que vous augmentiez "les quotas dans notre pays pour la deuxième année consécutive". En ce sens, dans le contexte de pénurie qui est le nôtre, pourquoi ne pas envisager purement et simplement une suppression de ces quotas?

05.05 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijke vraag.

Mijnheer de minister, de Planningscommissie medisch aanbod publiceerde een recent vernieuwd advies inzake de federale artsenquota.

Is het responsabiliseringsmechanisme, opgenomen in het regeerakkoord, nu helemaal afgevoerd?

Welke garanties heeft u dat men in Wallonië zich in de toekomst aan de quota zal houden?

05.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, madame Rohonyi, pourquoi voulons-nous planifier l'offre médicale? Pourquoi ne pas appliquer la liberté totale que vous prônez? Il me semble qu'elle doit être planifiée afin de garantir que des soins de qualité puissent être dispensés par des professionnels qualifiés dont le nombre est approprié en vue de répondre aux besoins de la population. L'adéquation du nombre de médecins ou de dentistes à ces mêmes besoins produit un effet positif, tant sur la qualité de la formation - laquelle constitue un problème en soi, car les étudiants ne doivent pas être trop nombreux, au risque de lui nuire - que sur celle, aussi, des professions médicales - dont les membres ne doivent être ni excédentaires ni en sous-effectifs - et, enfin, que sur la qualité des soins. Bien évidemment, chaque autorité doit prendre des initiatives en ce sens, dans le cadre de ses compétences.

Je ne vais pas répéter ces arguments de fond qui me font plaider pour une planification de l'offre médicale, et non en faveur d'un libre-marché.

De planning moet natuurlijk goed gedaan worden. Ik heb daarom vorig jaar in juli aan de Planningscommissie gevraagd om drie zaken grondig te bekijken met het oog op het op punt stellen van de quota voor 2029. Ten eerste moeten ze de impact van de coronacrisis en eventuele toekomstige epidemieën op het aanbod aan huisartsen en het noodzakelijke aanbod van huisartsen bekijken. Ten

tweede heb ik gevraagd om een internationale benchmark van het artsenaanbod en de activiteitsgraad op te stellen, waarbij specifieke aandacht aan huisartsen en de regionale spreiding besteed zou worden. Ten derde heb ik gezegd dat ze een grootschalige bevraging moesten doen bij de artsen, in het bijzonder bij de jonge artsen om te peilen naar hun verwachtingen inzake de toekomstige uitoefening van het beroep, onder meer de gewenste en haalbare activiteitsgraad. Daarbij moet ook nagegaan worden in hoeverre de huidige werklast ingegeven is door het aanbod van artsen, met andere woorden of artsen meer werken dan ze willen bij gebrek aan andere artsen die het kunnen overnemen, dan wel minder werken dan ze willen omdat er te veel collega-artsen zijn.

De federale Planningscommissie heeft die opdrachten zeer serieus opgenomen, in een zeer beperkte tijdspanne, in samenwerking met het Kenniscentrum en het RIZIV. Er werd ook met een extern bureau samengewerkt voor de bevraging. De resultaten van die studies zijn samengevat en publiek beschikbaar op de website van de Planningscommissie. Daarover is ondertussen al enig debat geweest in de publieke arena en dat is ook goed. De experts van de federale Planningscommissie zijn met deze gegevens aan de slag gegaan om de quota 2029 te bepalen op basis van het bestaande projectiemodel met de alternatieve scenario's. Zo werd unaniem beslist om voor de huisartsen twee parameters aan te passen, namelijk de activiteitsgraad met een daling van 20 % van de activiteitsgraad tegen 2031 en de zorgconsumptiegraad met een specifiek lineaire stijging voor elke leeftijdsgroep tegen 2041; een lichte stijging voor de 0- tot 14-jarigen, een stijging met ongeveer 7 % voor de 15- tot 74-jarigen en voor de mensen van 75 jaar en ouder een stijging van de zorgconsumptiegraad met ongeveer 13 %.

Ik ga niet in op de details omwille van de tijd. Ik kan u wel zeggen dat ook bij de artsen-specialisten uitgegaan werd van een lagere activiteitsgraad in de toekomst, onder meer en misschien vooral bij de artsen-specialisten omdat men ook daar een betere werk-privébalans zoekt.

Voor artsen met een heel hoge activiteitsgraad wordt er uitgegaan van een vermindering met 20 %, voor artsen met een gemiddelde activiteitsgraad met 13 % en voor artsen met een lage activiteitsgraad een stabilisering.

De zorgvraag werd verhoogd voor tien specialismen, waaronder de psychiaters, de gerieters, de reumatologen. Deze gegevens en de discussie tussen de experts over de toekomstscenario's hebben geleid tot het gekende advies met betrekking tot de quota voor 2029-2033.

J'en viens aux questions de Mme Fonck et Mme Sneppe. La phase préparatoire de la création de l'organe interfédéral est en cours. Un projet de protocole d'accord est prêt. Il contient à la fois les missions et la gouvernance de l'organe interfédéral, une proposition de formule de déperdition ainsi que des pistes pour l'échange de données. Ce protocole d'accord a été discuté au niveau fédéral. Dans la phase suivante, cette semaine encore, nous entamerons les discussions au niveau interfédéral.

Madame Fonck, je crois qu'en ce qui concerne votre question n° 55036383C, vous ne pouvez pas déduire de formule de déperdition à partir des chiffres que vous citez, notamment une formule qui traduit les quotas fédéraux en quotas de départ par les entités fédérées. Les chiffres de 1 391 du côté flamand et de 992 du côté francophone auxquels l'avis fait référence sont des chiffres théoriques qui ont été pris comme point de départ pour le calcul et les scénarios alternatifs. Ils ont été fournis par les experts. Ces chiffres ont été utilisés comme chiffres théoriques pour exprimer le nombre d'étudiants qui entameraient leur formation l'année académique prochaine. Ensuite, compte tenu de tous les paramètres que la commission de planification utilise, il a été examiné quels résultats en découleraient à l'avenir et quels scénarios il fallait retenir.

La commission de planification a fixé ces quotas sur cette base. À partir de là, il faut à nouveau suivre un processus inverse pour fixer le quota de départ, c'est-à-dire le nombre d'étudiants qui seront autorisés à entamer la formation en médecine de base l'année prochaine en tenant évidemment compte de différents paramètres d'abandon.

Mevrouw Sneppe, ik kom nu tot uw vragen. De Planningscommissie heeft op 18 april 2023 voor 2029 een artsenquotum geadviseerd van 1.144 voor Vlaanderen en 929 voor de Franse Gemeenschap. De commissie had zich gebaseerd op alle parameters die ondertussen waren opgenomen en bekeken in het model. De commissie simuleert verschillende scenario's en dat werk wordt uitgevoerd per gemeenschap. De resultaten zijn verkregen op basis van een consensus en vervolgens plenair

besproken in de Planningscommissie.

Ik kan eigenlijk alleen vaststellen dat de keuze van de Franstalige en de Vlaamse experts voor de alternatieve scenario's niet gelijkloopt. In het advies was er eigenlijk aan Franstalige kant een sterke stijging van het artsenquotum voorgesteld, duidelijk sterker dan aan de Nederlandstalige kant. Ik vond dat zelf eigenlijk verrassend en denk dat het iets te maken heeft met de input van de experts, maar er speelt in Vlaanderen ook nog iets anders. Daar kom ik dadelijk op terug. Ik vond dat alleszins zelf wel wat verrassend. Overigens, de mensen van het RIZIV en mijn medewerkers hebben dat voorstel ook niet gesteund in de commissie, omdat wij het een beetje verrassend vonden dat het quotum zoveel minder steeg in Vlaanderen dan in Wallonië.

Wij vonden dat niet evident, des te meer omdat de Vlaamse regering de voorbije zomer veel minder studenten heeft toegelaten dan zij eigenlijk had moeten toelaten op basis van het quotum voor 2028. Om een reden die ik nooit heb begrepen, heeft Vlaanderen toen immers beslist om 163 jonge mensen minder te laten beginnen aan de opleiding geneeskunde in het jaar dat nu bezig is dan het aantal wat men had kunnen vastleggen op basis van het federale quotum voor 2028. Ook zijn 63 jonge mensen minder kunnen beginnen aan de studies voor tandarts dan het aantal wat de Vlaamse regering had kunnen vastleggen. Dat is heel vreemd. Ik kom daar dadelijk nog even op terug. Vlaanderen heeft tot nu toe dus een zeer restrictieve benadering gevolgd van de hele planning en dat voelt men ook wel een beetje in de mindset van de Vlaamse experts in de voorbereidende discussies die federaal worden gevoerd. Mijn oordeel was dat dit eigenlijk niet goed was.

Wij hadden ook een perfecte wettelijke basis om op basis van het advies een aanpassing te voorzien, want de federale regering voorziet in de federale wetgeving dat het historische tekort dat er in Vlaanderen nog altijd is in verhouding tot de officiële quota over de jaren heen versneld kan worden ingehaald.

Dat heb ik ook toegepast. Ik heb op basis van artikel 92/1, § 2 van de wet voorgesteld om een aanpassing te doen.

Ik heb ook meteen aan de Vlaamse regering gevraagd wat ze na dat advies zouden willen voorstellen. Toen ik daar niet meteen een antwoord op kreeg, heb ik een brief gestuurd naar de Vlaamse regering waarin ik schreef dat als ik op 8 mei geen voorstel zou hebben ontvangen, ik zelf een verhoging met 8 % zou doorvoeren. Dat heeft geholpen, want ik heb op 5 mei een brief ontvangen waarin men voorstelde om het te verhogen.

Meer concreet hebben mijn collega's Weyts en Crevits mij op 5 mei laten weten dat ze ingingen op mijn voorstel en dat het federale quotum voor Vlaanderen met 100 zou moeten worden verhoogd, dus niet tot 1.144 maar tot 1.244 mensen die na de basisopleiding in 2029 kunnen doorstromen.

De federale regering heeft dan op 12 mei het KB dat artsenquota voor 2029 vastlegt op 1.244 voor Vlaanderen en 929 voor de Fédération Wallonië-Bruxelles goedgekeurd. Dat gebeurde perfect binnen de wetgeving, want de wetgeving zegt dat we voor Vlaanderen een versnelde inhaalbeweging kunnen doen, gegeven het historische tekort, terwijl er aan Franstalige kant een overschot was. Er waren meer studenten toegelaten dan de quota toelieten. Met dat overschot houdt men rekening in de Planningscommissie.

Dat is de reden waarom we – misschien zal ik dat nog eens horen van mevrouw Van Peel – een soort van generaal pardon aan Franstalige kant hebben georganiseerd. Dat we er de spons over hebben geveegd, klopt ook niet. Dat overschot was een feit, maar het is uitdrukkelijk zo dat de federale Planningscommissie daar rekening mee houdt. Dat is ook de reden waarom ik voor de Franstalige zijde, na het cijfer van de federale Planningscommissie, geen aanpassing heb voorgesteld, terwijl ik met het oog op het tekort aan Vlaamse kant wel een aanpassing heb voorgesteld.

Vlaanderen moet nu de nodige reglementaire stappen zetten om het startquotum tijdig te verhogen, zodat voldoende studenten, met name 1.600, volgend jaar de studie geneeskunde kunnen aanvangen.

Ik wil wel nog eens benadrukken dat het bepalen van de subquota echt wel de bevoegdheid van de deelstaten is. Ik vind het erg belangrijk dat ze voldoende aandacht geven aan knelpuntdisciplines zoals huisartsen maar ook psychiaters en gerieters. In het advies van de federale Planningscommissie vindt

men daarvoor ook richtcijfers. De federale Planningscommissie adviseert om binnen het door haar voorgestelde quotum 507 huisartsen aan Vlaamse kant op te leiden.

Dat cijfer van 507, die suggestie van de federale Planningscommissie voor mensen die in 2029 zouden kunnen starten met de opleiding tot huisarts aan Vlaamse kant, houdt nog geen rekening met die extra 100 die ik aan het globale quotum heb toegevoegd. Ik ga ervan uit dat van die 100 extra mensen een groot deel aan de huisartsgeneeskunde zou moeten kunnen beginnen in 2029.

Mevrouw Van Peel, ik hoop dat ik mij vergis, maar ik denk dat ik weet welke discussie men voert, ook aan Vlaamse kant. Ik hoor ook de discussie aan Franstalige kant. Ik vind dat wij op deze manier genoeg jonge mensen laten beginnen aan de opleiding in Franstalig België. In Vlaanderen hoor ik nog steeds hier en daar discussie over de vraag of men wel zeker is dat de Franstaligen zich aan de afspraken zullen houden, of men daarmee nog wel moet voortdoen. Welnu, ik stel vast dat er, na 25 jaar *zizanie* en conflicten, aan Franstalige kant nu ook een vergelijkend examen is, en een numerus fixus.

Wij zijn nu eindelijk zover en hebben dit fundamentele responsabiliserende mechanisme, het beste responsabiliserende mechanisme dat men kan hebben, aan de twee kanten van de taalgrens. Ik vraag echt met nadruk om ook met elkaar overleg te plegen over de fameuze deperditieformule, die aangeeft hoeveel studenten kunnen beginnen aan de basisopleiding als men een quotum heeft vastgelegd voor het aantal studenten dat men wil laten doorstromen na de basisopleiding, en over alles wat te maken heeft met die planning. Laten wij daarover samen nadenken, in een interfederaal orgaan dat rekening houdt met ieders bevoegdheden.

Collega's, men moet in Vlaanderen de vorige oorlog niet blijven voeren. De vorige oorlog betrof grote verontwaardiging over het feit dat er in Franstalig België geen vergelijkend examen was. Dat is er nu. De vorige oorlog betrof een zeer strikte benadering van de planning in Vlaanderen. Eerlijk gezegd, mevrouw Van Peel, die was er om de eenvoudige reden dat de universiteiten onvoldoende geld kregen voor de opleidingen. U lacht daarmee, maar nadat ik een brief stuurde aan de heer Weyts en mevrouw Crevits om te zeggen dat ik de quota zelf ging verhogen als zij het niet voorstelden, hebben ze stilletjes 15 miljoen extra gegeven aan de Vlaamse faculteiten geneeskunde. Daar zat immers het probleem, want die gingen er niet mee akkoord om meer studenten op te leiden, omdat ze daar niet genoeg geld voor kregen.

Ik ben blij dat ik hen een duwtje in de rug heb kunnen geven. Dat is de waarheid. We moeten niet steeds de oorlog van het verleden weer voeren. Men heeft in Vlaanderen in de zomer te weinig jonge mensen laten beginnen en dat is doodjammer. Nu volgt men mijn voorstel en geeft men een beetje meer geld aan de Vlaamse universiteiten om meer studenten tot de opleiding te kunnen toelaten. Dat is vandaag de uitdaging. Laten we al die geschillen en oorlogen van het verleden laten rusten en laten we ons richten op de oorlog van de toekomst. Ik denk dat we die best kunnen voeren, op basis van goed overleg met elkaar. Indien men dat het voorbije jaar ernstig had gedaan, dan had men 226 jonge mensen niet verhinderd om in de zomer de opleiding geneeskunde of tandheelkunde in Vlaanderen aan te vatten.

De **voorzitter**: Aangezien de minister langer heeft geantwoord dan voorzien, zal ik de spreektijd voor de replieken verhogen tot twee minuten.

05.07 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u geeft altijd veel uitleg, maar ik blijf toch met een hoop vragen zitten. Met alle respect voor de leden van de Planningscommissie, maar ik kan me niet van de indruk ontdoen dat het allemaal nattevingerwerk is. De verschillen tussen de Nederlandstaligen en de Franstaligen kunnen niet altijd objectief gerechtvaardigd worden. Het grote probleem voor de toekomst is het grote aantal huisartsen en arts-specialisten dat de pensioenleeftijd nadert. Volgens de huidige planning zal in 2026 31 % van de huisartsen ouder zijn dan 65 jaar. De huisartsen van de babyboomgeneratie worden ouder, net als de babyboomers die zorg nodig zullen hebben.

Hoe zullen we ervoor zorgen dat het aantal huisartsen stijgt, zowel in Vlaanderen als in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in Wallonië? Op die vraag geeft u geen antwoord. Dat probleem wordt niet opgelost. Ik geef u even mijn analyse. Wanneer men al die selectiemechanismes bekijkt, dan stelt men

vast dat die er bij de aanvang van de studies vooral voor zorgen dat het beroep van huisarts minder wordt gekozen.

Dat is de belangrijkste uitdaging. Ons idee blijft nog altijd dat een van de maatregelen erin moet bestaan de selectie aan de ingang van de studies drastisch te hervormen. Dat ligt evenwel nog altijd niet op tafel.

U hebt helemaal geen uitleg gegeven. Waarom bijvoorbeeld verhoogt u de quota met 8 %? Waarom worden 100 extra kandidaat-huisartsen voor Vlaanderen toegelaten? De Walen hadden het aantal inderdaad hoger ingeschat dan de Vlamingen, maar waarom is er dan een verhoging met 8 %? Waarom worden de quota zoveel hoger ingeschat dan het jaar voordien? Hebben we het jaar voordien niet veel te weinig kandidaat-huisartsen toegelaten?

Ik blijf dus met mijn vragen zitten.

05.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, en fait, en la matière, ce n'est que de l'avenir dont je me préoccupe depuis des années.

Vous avez expliqué que vous avez constaté, après avoir pris connaissance de l'avis de la Commission de planification, qu'il y aurait un taux d'activité plus faible des médecins et des dentistes dans le futur, et ce en vue d'un meilleur équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. Vous n'avez pas fait référence à d'autres éléments. Je pense, par exemple, au fait que les médecins généralistes wallons se rendent plus souvent au domicile de leurs patients; ce faisant, ils perdent plus de temps au niveau de leur pratique qui est importante. Mais vous n'avez pas dit un mot quant à la projection des forces de travail d'ici 2041.

Les signaux sont au rouge, malgré l'augmentation des quotas, non seulement pour les médecins généralistes, mais aussi pour toute une série de médecins spécialistes. Telle est la feuille de route pour l'avenir. C'est cela qui doit guider les décisions des ministres de la Santé.

En pratique, on apprend, aujourd'hui, que vous n'étiez pas d'accord avec la Commission de planification car vous souhaitiez que le quota soit augmenté de manière plus importante pour le côté néerlandophone. Vous parlez de pénurie du côté flamand, ce qui est effectivement le cas. Mais peut-on également espérer que vous reconnaissiez qu'il y a également une pénurie du côté francophone? D'ailleurs, le monde a changé depuis le vote de cette fameuse loi qui prévoyait la possibilité d'un rattrapage supplémentaire du côté flamand. En effet, depuis lors, la Commission de planification a validé, revalidé, démontré, redémontré que le surplus du côté francophone, qui a toujours été évoqué, était maintenant totalement aplani et donc inexistant.

En réalité, cela va même un peu plus loin. Peut-être et surtout que la réaction appropriée – je le répète – des ministres flamands demandant plus de quotas pour la Flandre s'est heurtée à un silence total du côté francophone. Pire encore, les partis francophones de la Vivaldi se sont félicités du passage du quota théorique de 700 à 929. Cette présentation est totalement trompeuse. Ce qu'il importe de faire, c'est se poser la question de savoir si oui ou non, on aura plus de médecins formés demain que cela n'a été le cas ces dernières années. La réponse est non.

Le nombre de médecins diplômés en 2019, en 2020 et en 2021 se situait entre 900 et 950 chaque année. Pour la sortie 2029, vous prévoyez 929 médecins, soit pas un de plus, malgré les projections catastrophistes – j'ose le mot – relatives aux forces de travail des médecins et des dentistes pour les vingt prochaines années.

Monsieur le ministre, s'agissant des taux de déperdition, vous ne m'avez pas répondu. Dois-je en déduire qu'un même taux s'appliquera à toutes les Communautés? Ou bien la structure interfédérale chargée de le définir en produira-t-elle un à la carte pour chaque Communauté?

05.09 Frank Vandenbroucke, ministre: Non, la concertation doit déboucher sur une méthode homogène, laquelle peut être informée par des chiffres et des paramètres concrets et empiriques qui peuvent différer. En tout cas, je ne souhaite pas me livrer à un exercice pour l'avenir, car je veux d'abord

que l'organe interfédéral soit institué et *open and running*. Le concept méthodologique peut être identique, tandis que les paramètres empiriques peuvent varier. C'est ma vision des choses.

05.10 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ce complément d'information.

Donc, je traduis: l'organe interfédéral – réunissant fédéral et Communauté – devra élaborer une méthode. Ensuite, les taux de déperdition seront déterminés par Communauté. Ils seront peut-être identiques, mais pas nécessairement. En tout cas, les pré-projections que j'ai consultées m'ont donné à penser qu'ils étaient beaucoup plus élevés du côté néerlandophone que francophone. J'ose espérer que les francophones – qui ne sont pas nombreux dans cette salle... – vont se réveiller, parce qu'on peut déjà modéliser les taux de déperdition à partir des données de la Commission de planification relatives aux dernières années. Il en ressort, en réalité, qu'ils n'atteignaient pas 6 % du côté francophone. J'y reviendrai en temps utile. J'ose espérer que cela sera assez rapide, puisque nous arrivons à la période de l'organisation des concours dans chaque Communauté.

Enfin, je conclurai simplement. Comme ministre de la Santé, et vous venez encore de le rappeler, vous maintenez sciemment une carence, malgré les pénuries largement documentées pour la situation présente et les vingt années à venir.

Le **président**: Il est temps de conclure, madame Fonck.

05.11 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez commencé en évoquant la qualité des soins. Or, maintenir volontairement une carence et une pénurie, c'est mener à une diminution de la qualité des soins, et surtout, à des pertes de chances pour les patients. Je trouve que c'est doublement catastrophique, en sus des forces de travail. Je vous remercie.

05.12 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de quota worden inderdaad opgetrokken, weliswaar niet tot een niveau dat hoog genoeg is. Alleszins weet ik niet welke kronkels uw hersenen maken wanneer u zegt dat er in 2029 1.600 studenten kunnen beginnen. Ik dacht dat het er 1.244 waren, met uw 100 erbij. Hoe u dus aan de 1.600 komt, begrijp ik niet.

U hebt hier een wetsontwerp laten goedkeuren waarin de 60-40-verdeelsleutel aangepast werd naar 55-45. Daardoor zullen er in Vlaanderen sowieso minder studenten kunnen beginnen. Nu wordt dat weer wat aangepast. Waartoe dienen de quota dan? Waartoe dient de Planningscommissie, als de verdeelsleutel zomaar aangepast kan worden? Het rekenmodel wordt te pas en te onpas aangepast. Het ging van 60-40 naar 55-45 en nu wilt u er weer wat bijdoen. Het lijkt me nogal nattevingerwerk, zoals hier ook al gezegd werd.

We moeten het ook nog eens hebben over het historische overschot. Er wordt immers een generaal pardon toegepast, hoewel u laat uitschijnen dat dat niet het geval is. In het verslag van de ministerraad lees ik echter letterlijk: "schrappen historisch overschot". Dat komt neer op een generaal pardon: men mag hier de wet overtreden en uiteindelijk krijgt men, toch aan Franstalige zijde, amnestie en zijn zin.

We blijven bij ons standpunt. U verwijst nogmaals naar het akkoord met de Franstaligen over de numerus fixus van het vergelijkende toelatingsexamen. We moeten echter nog afwachten of de Franstaligen zich werkelijk daaraan zullen houden en wat u dan uit uw mouw zult schudden.

05.13 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre longue réponse, même si je vous avoue qu'en premier lieu, je n'ai pas trop apprécié votre caricature de notre positionnement, lorsque vous nous avez soumis votre projet de loi l'été dernier. Celui-ci visait à baliser l'accord intervenu sur les quotas INAMI. J'ai commencé par saluer le fait qu'une nouvelle méthode de calcul était prévue pour objectiver les besoins du terrain et l'activité réelle des soignants.

Le problème, c'est que vous ne tirez pas les leçons de ce travail d'objectivation des besoins. Plutôt que d'aller vers une mesure structurelle qui viserait à répondre à la pénurie de médecins actuelle et à venir, parce que cette pénurie va encore s'aggraver compte tenu du vieillissement des médecins et fatalement aussi de la population, vous préférez rester dans une logique où vous faites fluctuer les quotas INAMI

d'une année à l'autre, un peu comme un yoyo dont les premières victimes sont les étudiants. En effet, ceux-ci ne peuvent pas anticiper leurs chances de réussite ou non du concours d'entrée et ne sont donc pas en mesure de décider le leur avenir.

J'essaie d'y voir plus clair dans votre raisonnement mais je vous avoue que je n'y arrive pas. D'un côté, vous nous dites que cette augmentation des quotas INAMI va nous permettre d'accélérer la résorption de la pénurie de médecins en Flandre parce que la Flandre a toujours joué le jeu et respecté les quotas. Mais ce n'est pas vrai. On sait ainsi qu'en 2019, M. Ben Weyts, alors ministre de l'Enseignement, avait fait en sorte d'aller au-delà des quotas fédéraux et quand bien même, vous formulez ici l'aveu que ces quotas aggravent la pénurie.

Vous en arrivez ensuite à un autre raisonnement qui est à chaque fois celui que vous nous ressortez et qui constitue votre triptyque sacré, à savoir que les quotas INAMI permettraient une meilleure qualité de formation, laquelle permettrait de garantir la qualité des métiers et la qualité des soins. Lorsqu'on voit la qualité de la formation, je trouve assez hypothétique de penser qu'en limitant le nombre d'étudiants, on va forcément voir la qualité de la formation améliorée. Cela n'a jamais été démontré. D'ailleurs, vous faites référence au refinancement de l'enseignement supérieur qui, là, constitue une réponse pour améliorer la formation des étudiants en médecine. Par contre, quand vous citez la qualité des professionnels et la qualité de soins, on n'est plus dans le cadre de l'hypothèse mais dans le cadre la certitude. Oui, ces quotas renforcent la pénurie et nuisent donc aux conditions de travail des médecins et aussi à la qualité des soins des patients, ce qui pourtant devrait être votre priorité en tant que ministre de la Santé.

J'attends vraiment de vous sur ce sujet, monsieur le ministre, davantage de pragmatisme mais aussi de concertation avec les premiers concernés.

05.14 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal er niet veel woorden meer aan vuilmaken. U meent dat u mijn gedachten kunt lezen, maar dat is niet zo. Ik zal wel een paar zaken, die u voor de zoveelste keer hebt beweerd, rechtzetten.

U kent wellicht de voorzitter van de examencommissie, Jan Eggermont, die op Twitter al een paar keren woedend gereageerd heeft op uw uitspraken dat u niet begrijpt dat Vlaanderen er zovelen te weinig heeft laten studeren. Ik zal de tijdslijn nog eens schetsen. In 2022 heeft Vlaanderen op 5 juli het examen uitgebracht. Op 15 juli was de uitslag er. Maar de fantastische federale regering slaagde er pas tegen 30 juli in de quota voor het volgende jaar vast te leggen, waardoor Vlaanderen verplicht was de oefening van het jaar ervoor te herhalen.

05.15 Minister Frank Vandenbroucke: Mag ik...?

05.16 Valerie Van Peel (N-VA): Neen, u mag niet! Het woord is niet aan u. U hebt uw leugens daarnet al kunnen verspreiden. Dat is de realiteit. Het wordt tijd dat u daar eens mee stopt.

U verdedigde nog eens de rariteit die de oefening van de Planningscommissie ondertussen geworden is. De logica is helemaal zoek. U zei dat er rekening wordt gehouden met het feit dat er een overtal is afgestudeerd in het verleden en dat er zagezegd plots een tekort is in Vlaanderen, om dan, wanneer u de uitslag kreeg, die inderdaad eindigde op 55-45, en die de normale verdeling van het bevolkingsaantal tussen Vlaanderen en Wallonië totaal vertekende, het toch te willen rechtzetten omdat de verhouding dit keer niet meer te verdedigen viel. Ik bedoel, u spreekt zichzelf helemaal tegen.

De logica van de Planningscommissie is zoek. Het feit dat u de verdeling tussen Vlaanderen en Wallonië hebt losgelaten, is helemaal niet te verdedigen. Daar zullen wij het Grondwettelijk Hof binnenkort hopelijk wel over horen. U zegt dat Wallonië zijn job wel doet, terwijl men daar nog altijd evenveel studenten mag laten afstuderen als altijd, en terwijl Paul Magnette zelfs pleit voor een masteropleiding Geneeskunde in Bergen. Ik wil dat allemaal wel eens zien.

Er ontbreekt in deze discussie één ding. In plaats van altijd het verhaal van tekorten vast te maken aan de federale quota, wat er geen jota mee te maken heeft, zou u het op een correcte manier moeten interpreteren, en de fouten uit het verleden rechtzetten. Het probleem van de tekorten in bepaalde specialiteiten zal pas opgelost raken als men iets doet aan het feit dat die specialiteiten, waaronder de

huisartsen, veel minder aantrekkelijk zijn na 7 jaar studie dan sommige andere specialiteiten.

De **voorzitter**: Gelieve uw betoog af te sluiten, mevrouw Van Peel.

05.17 Valerie Van Peel (N-VA): Als u daar niet aan werkt, zal er niets veranderen. Door de algemene quota op te trekken, zal het probleem niet opgelost worden, want dan was er in Franstalig België nooit een probleem geweest.

05.18 Minister Frank Vandenbroucke: Voor de allerlaatste keer. Het verhaaltje dat men in Vlaanderen niet wist wat de quota zouden worden, is onzin. We waren daarover aan het spreken vanaf februari 2022. U mag daar nog eens uw verhaal over vertellen, maar de waarheid is dat de heer Weyts op geen enkele manier ernstig overleg wilde en voortdurend wegliep van eender welk ernstig overleg, alhoewel hij sinds februari-maart wist dat wij het quotum aanzienlijk wilden verhogen. Waarom heeft hij dat niet gedaan? Omdat de Vlaamse universiteiten dat niet wilden, omdat ze van hem niet genoeg geld krijgen. Nu krijgen ze eindelijk meer geld. Einde verhaal. Zo zit het ineen. In de quota 2028 gaven we Vlaanderen meer dan de door u verdedigde sleutel van het Rekenhof, maar u hebt tegengestemd. De heer Weyts wilde het toch niet uitvoeren. Hij heeft het niet uitgevoerd. Hij heeft integendeel nog minder studenten toegelaten, omdat hij geen geld had voor de universiteiten. Dat is de waarheid.

05.19 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, de waarheid is dat u zelf heel verveeld zit met het feit dat u nu een Planningscommissie hebt die met cijfers komt waarbij de verdeling 45-55 is, wat op geen enkele manier uit te leggen is als men weet dat aan de ene kant van de taalgrens een enorm overtal is opgebouwd de laatste jaren en aan de andere kant niet. Dat is niet uit te leggen, u weet er zelf geen weg meer mee en daarom doet u er nu op het einde een paar voor Vlaanderen bij. De bodemlijn van dit verhaal is dat u daarmee de tekorten niet oplost en daar doet u geen jota aan. Het gaat erover dat u met de quota had moeten verder doen zoals het altijd is geweest en dat u de verdeling 40-60 al zeker had moeten bewaren om nog enige geloofwaardigheid te hebben als minister in de federale regering. Als u iets wilt doen aan de tekorten, moet u niet hiermee spelen, maar ervoor zorgen dat sommige specialiteiten aantrekkelijker worden. Dat zit voor een deel bij de gemeenschappen, dat klopt, daar kan u ook iets aan doen. Daarmee zou u bezig moeten zijn, in plaats van hier te goochelen met cijfers en verzinnsels, terwijl u gewoon heeft moeten toegeven in dit dossier. Zo simpel is het.

Le **président**: Mme Fonck souhaite prendre la parole. Je dois effectivement donner la parole à tout le monde. Mais je limite le temps de parole à une minute, parce que nous n'allons pas continuer éternellement sur ce débat, qui revient la semaine prochaine.

05.20 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, c'est un peu la règle.

Chers collègues, monsieur le ministre, vous avez vraiment l'air d'être en campagne électorale. Mais vous perdez deux choses de vue. Le plus important, ce sont les patients qui, aujourd'hui, ne trouvent pas de médecin généraliste; les patients qui, aujourd'hui, attendent des semaines et des semaines. Et du côté des soignants, le secteur de la santé a été sous pression et sous tension, comme jamais il ne l'a été.

Vos réponses à cela, c'est juste de dire: "Oui, un petit peu plus en Flandre, mais du côté francophone, basta!".

Je suis ravie de cette augmentation du côté néerlandophone. Là n'est pas le problème. Mais, alors que le constat de pénurie est partagé au Nord et au Sud du pays, quand les différents ministres de la Santé - j'insiste là-dessus - auront-ils enfin une attitude responsable et volontariste?

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

06 Vraag van Karin Jiroflée aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het donorregister" (55036662C)

06 Question de Karin Jiroflée à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le registre des donneurs" (55036662C)

06.01 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de minister, mijn vraag is ondertussen enigszins achterhaald. De hoofdvraag is al deels beantwoord. Het gaat om zaaddonoren die niet meer dan zes vrouwen mogen helpen zwanger te worden, en over het feit dat daarop geen controle is, aangezien er nog steeds geen centraal donorregister bestaat.

Ik wou vragen wat u ter zake zou doen. U hebt ondertussen echter een begin met dat register gemaakt in de wet diverse bepalingen inzake gezondheid.

Niettemin zou ik van u graag nog het volgende weten.

Welke timing schuift u ter zake naar voren, met name de timing waarop wij dat register mogen verwachten?

Hebt u al nagedacht over een eventuele samenwerking met andere Europese landen?

Wij weten immers allebei dat het register enkel een oplossing is voor België en dat het zeker niet alle problemen zal oplossen.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Jiroflée, sinds u de vraag hebt ingediend, is er inderdaad wetgevend werk gebeurd, waardoor wij het probleem kunnen oplossen op het niveau van de feitelijke toepassing van de zes-vrouwenregel.

Ik heb het FAGG gevraagd het centraal donorregister operationeel te hebben tegen eind 2023. Ik hoop dat het lukt. Dat is uitdrukkelijk mijn bedoeling. Tegen eind 2023 moet het register operationeel zijn.

Inzake samenwerking en overleg met andere landen hebt u absoluut gelijk. Wij zullen het probleem maar goed opgelost krijgen, indien er een Europese aanpak is. In de onderhandelingen tussen de lidstaten over het voorstel van de Europese Commissie tot SoHO-verordening, waarbij SoHO staat voor *Substances of Human Origin*, zijn wij bij de landen die een zo vergaand mogelijke coördinatie tussen de lidstaten willen. Dat is erg belangrijk.

Ik wil daarop echter niet wachten. Ik wil de eigen Belgische oplossing die al grotendeels zal helpen, tegen eind 2023 operationeel krijgen. Wij hebben vandaag precies allemaal dergelijke dossiers, waarin vele jaren van stilstand moeten worden doorbroken. Dat is ook hier het geval. Het dossier heeft vele jaren stilgelegd. Nu moet het voor mij vooruitgaan.

06.03 Karin Jiroflée (Vooruit): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het is heel fijn dat u het register op een zo korte termijn operationeel wil hebben en ter zake heel ambitieus bent.

Zoals ik al heb aangegeven, tiert de commercie welig. Europese samenwerking zal natuurlijk niet alle problemen oplossen, maar wij moeten in die richting werken. Ik ben ervan overtuigd dat u dat opneemt, zoals alle andere problemen inzake timing.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De update van de consultancykosten tijdens de covidcrisis" (55036677C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'actualisation des frais de consultance durant la crise du coronavirus" (55036677C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op een eerdere vraag hoeveel u tijdens de covidcrisis aan consultancykosten besteedde, antwoordde u dat het om 9,6 miljoen euro ging, verdeeld over verschillende opdrachten. We zijn nu een klein half jaar later en ik had daarover graag een update ontvangen.

Was het totaalbedrag van 9,6 miljoen euro inclusief dan wel exclusief btw?

Kunt u bevestigen dat de cijfers die u toen opgaf, juist en accuraat zijn voor de FOD Volksgezondheid en van toepassing zijn voor de hele covidcrisis, dus van maart 2020 tot recent? Zo niet, verneem ik graag welke kosten voor welke opdrachten niet in uw antwoord van destijds werden opgenomen.

Graag had ik ook een omschrijving van de opdrachten. Wat werd er uitgevoerd? Welke bedragen zijn daaraan gekoppeld? Door wie werden die opdrachten uitgevoerd?

Hoeveel consultancyopdrachten, voor welke functie en tegen welke prijs, werden door andere overheidsdiensten onder uw bevoegdheid, zoals het FAGG, Sciensano, het RIZIV en het departement Sociale Zaken, uitgevoerd tijdens de covidcrisis, dus tussen maart 2020 en vandaag? Kunt u de bedragen opsplitsen per organisatie of departement?

Kunt u ook duiden voor hoeveel van die opdrachten u een verificatie liet uitvoeren door de overheidsdienst Financiën of Begroting? Met andere woorden, voor hoeveel miljoen aan facturen werd een collega-minister betrokken bij de beslissing?

Voor hoeveel miljoen aan opdrachten was een goedkeuring door u als enig bevoegd minister voldoende? Kunt u bevestigen dat u de procedure van aanbesteding voor elk van die opdrachten hebt gerespecteerd? Welke dienst schreef de opdrachten uit?

Werd in de aanbesteding een clause van onderaanneming betrokken? Kunt u bevestigen dat de contracten sluitend en conform de aanbesteding werden uitgevoerd?

Werden alle facturen als conform aangezien en uitbetaald? Zijn er nog betwistingen en eventueel onbetaalde facturen? Wat is het totaalbedrag van de betwiste facturen? Wat is het totaalbedrag van de onbetaalde facturen?

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, sta me toe eraan te herinneren dat vragen naar statistieken best als schriftelijke vragen ingediend worden. U vraagt niet echt naar statistieken, maar toch naar cijfergegevens.

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, ik heb op uw zevende vraag nog geen antwoord gekregen, dus stel ik voor dat ik daarop later antwoord. Ik kan mijn antwoord eventueel schriftelijk zo snel mogelijk aanvullen. Op alle andere vragen zal ik wel al kunnen antwoorden.

In antwoord op uw eerste vraag, het betreffende bedrag is inclusief btw.

Ten tweede, er is gekeken naar de periode tussen 2020 en mei 2023 en zijn er geen veranderingen gesignaleerd met betrekking tot de consultants in relatie met de covidcrisis. Ik zal de hele lijst niet voorlezen, want ik heb ze al eens gegeven en kan ze opnieuw geven, maar het totaal bedraagt 9.588.000 euro inclusief btw.

Ten derde, er waren tijdens de covidcrisis bij het RIZIV geen consultancyopdrachten. Het FAGG heeft tijdens de covidcrisis één consultancyopdracht laten uitvoeren, namelijk voor juridisch advies door Deloitte Legal in de periode maart-december 2020 voor een bedrag van 875.542,29 euro inclusief btw. Bij Sociale Zaken waren er geen consultancyopdrachten. Wat eventuele consultancyopdrachten bij Sciensano betreft, de vraag is gesteld aan de dienst boekhouding; ik wacht nog op een antwoord.

Ten vierde, de regels inzake administratieve controle en begrotingscontrole werden in alle dossiers gevolgd. Met andere woorden, de ministerraad, de minister van Begroting, de inspecteur van Financiën en/of de controleur van de vastleggingen hebben hun goedkeuring gegeven afhankelijk van de drempel die werd bereikt voor het dossier.

Ten vijfde, enkel voor de dossiers van minder dan 5,5 miljoen euro exclusief btw hadden geen goedkeuring nodig van een externe controleactor.

Ten zesde, voor de contracten met Deloitte werd gebruikgemaakt van een raamovereenkomst. Voor de andere dossiers werd de wetgeving op de overheidsopdrachten gerespecteerd. De dossiers werden voorbereid door de administratie. In het begin van de covidcrisis, periode maart-juni 2020, werd ze bijgestaan door een juridisch kantoor om de wetgeving na te leven ondanks de urgentie.

Ik laat een en ander nog nakijken in verband met uw zevende vraag over onderaanneming.

Op de achtste vraag is het antwoord positief.

Ook op de negende vraag is het antwoord positief. Alle facturen zijn dus als conform aangezien en uitbetaald. Voor alle duidelijkheid betreft mijn antwoord de consultancy in relatie met de covidcrisis.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik vroeg u te duiden hoeveel consultancyopdrachten voor welke functie en tegen welke prijs er door andere overheidsdiensten onder uw bevoegdheid werden uitgevoerd tijdens de coronaperiode. Dat is voor alle duidelijkheid niet in relatie met corona. Ik stel voor dat we die vraag opnieuw indienen als schriftelijke vraag.

07.04 Minister Frank Vandenbroucke: Doe dat maar zo. Ik denk dat dat wel een verschil maakt. Mijn antwoord was helemaal toegespitst op corona. Ik zal u schriftelijk antwoorden.

07.05 Kathleen Depoorter (N-VA): De vraag was duidelijk breder.

Ook valt het mij op dat Sciensano nog altijd niet geantwoord heeft, terwijl we de vraag toch al een week of drie geleden hebben ingediend. Die informatie moet toch voorhanden zijn, des te meer aangezien we ook een screening doen van het coronabeleid.

875.000 euro extra aan juridisch advies voor Deloitte of bijna 1 miljoen euro aan advocaten, dat is toch een ruim bedrag, zeker gelet op de discussies rond het FAGG en enkele van uw leveranciers. U wijst erop dat de administratie door een juridisch kantoor werd bijgestaan. Ik neem aan dat de consultancykosten ter zake niet zijn meegeteld in de geschetste factuur? Misschien moeten we daar nog eens op terugkomen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les manifestations du personnel soignant" (55036680C)

08 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betogingen van het zorgpersoneel" (55036680C)

08.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het zorgpersoneel kwam in januari op straat. Ze waren met meer dan 22.000 zorgverleners. Het heeft een tijd geduurd, maar ik denk dat u het zorgpersoneel ondertussen toch ontvangen hebt. Zij zijn niet blij. Daarom komen zij op 13 juni opnieuw op straat. Ze vragen grondige investeringen in de sector. Wat vandaag op tafel ligt, is onvoldoende. Dit gaat zowel om het Vlaamse als het federale niveau.

Mijnheer de minister, hebt u het zorgpersoneel ondertussen ontvangen? Wat hebt u met hen besproken? Kunt u tegemoetkomen aan een aantal van hun eisen? Ja of neen? Wat zijn de plannen voor hun eisenpakket?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, ik heb de indruk dat de inhoud van deze vraag elke week terugkomt, wat ik begrijp. Men zoekt altijd een nieuwe aanleiding om dezelfde vraag

te stellen, namelijk wat gaat u doen aan de problematiek van het zorgpersoneel.

Ik kan u zeggen dat ik op zeer regelmatige basis samenzit met de sociale partners over alle uitdagingen waarmee het zorgpersoneel wordt geconfronteerd. Naar aanleiding van het overleg dat op 13 maart plaatsvond met mijn kabinet en het kabinet van minister Dermagne, hebben de sociale partners ons op 20 april een eisenbundel voor zowel de publieke als de private sector bezorgd. Die eisenbundel herneemt een overzicht van voorstellen die volgens de sociale partners tot aantrekkelijke en duurzame jobs voor de zorgsector kunnen leiden.

Minister Dermagne en ikzelf hebben aan de sociale partners laten weten dat de onderhandelingen om te komen tot een nieuw akkoord voor de federale gezondheidssector kunnen worden opgestart, maar ik heb altijd duidelijk gezegd dat de budgettaire context nu niet toelaat om nieuwe engagementen in budgettaire zin te formuleren. Ik wil eerst heel grondig discussiëren over de aard van de uitdagingen en de prioriteiten. U weet dat ik heb gezegd dat ik een toekomstagenda voor de zorg wil opstellen, waarin we de prioriteiten duidelijk bepalen en de problematiek zo scherp mogelijk in beeld proberen te krijgen.

08.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik denk niet dat ik u hierover elke week ondervraag, maar wel regelmatig. Het gebeurt ook niet alle dagen dat 22.000 mensen op straat komen omdat ze het niet meer aankunnen; omdat ze op zijn. Ik weet niet of u hun pamfletten hebt gelezen, maar het is werkelijk te veel. De emmer is vol. De zorg staat op instorten.

Zij zijn dan ook zeer boos over uw antwoord. Daar komt het op neer. U toont geen enkele bereidheid om nieuwe middelen vrij te maken en daar wringt het schoentje werkelijk. Wat zij vragen, is zeer duidelijk: collectieve arbeidsduurvermindering, aandacht voor permanente opleiding en vorming, ondersteuning bij fysieke en mentale lasten, werkbaar werk, een realistisch uurrooster zonder losgeslagen flexibiliteit en digitalisering die geen administratieve last vormt. Zij zijn ook heel duidelijk over bepaalde oplossingen die u naar voren schuift, zoals de flexi-jobs, waarvan u hebt besloten ze in de zorg in te schakelen. Daar willen zij niet van weten.

U moet daarop antwoorden, mijnheer de minister. Er zullen middelen moeten worden vrijgemaakt. Het personeel en vooral ook de patiënten hebben daar immers recht op.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55036682C)**

09 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55036682C)**

09.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, nous avons reçu l'évaluation de l'utilisation des moyens du Fonds blouses blanches à partir de l'année 2021 réalisée par le SPF Santé publique. On lit que « Les différents secteurs ont fait bon usage des moyens affectés pour l'année 2021, que ce soit pour les formations ou pour la création d'emplois et l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant » : en 2021, 465 personnes ont débuté une formation dans le cadre des moyens mis à disposition par le Fonds; Financement de plus de 5.000 ETP en 2021 dans tous les secteurs (hôpitaux, soins infirmiers à domicile et maisons médicales); 1 hôpital sur 3 a fait usage de mesures qualitatives pour l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant (achat de matériel de soutien, soutien psychologique, engagement de personnel infirmier et soignant et formations de personnel soignant). Le SPF conclut que « les moyens du Fonds blouses blanches structurellement créés apportent une réponse à un besoin réel dans le secteur des soins. »*

Au-delà de ces conclusions qui semblent très positives, je souhaite vous poser quelques questions :

Pourquoi cette évaluation a-t-elle été réalisée par le SPF Santé publique alors que l'article 7 de la loi du 9 mai 2021 visant à modifier la loi du 9 décembre 2019 portant création d'un Fonds blouses blanches, afin d'en affecter les moyens à partir de l'année 2020 prévoit qu' « Au plus tard pour le 31

mars 2023, la manière dont les moyens prévus par la loi ont été affectés, les emplois créés, et la manière dont la concertation sociale s'est déroulée font l'objet d'une évaluation par le Roi en concertation avec les partenaires sociaux siégeant au Fonds Maribel social 330 et au Fonds Maribel social du secteur public »?

Qu'allez-vous faire pour garantir qu'à l'avenir le rapport soit rédigé en concertation avec les partenaires sociaux?

Que répondez-vous aux autres remarques formulées par les partenaires sociaux (notamment sur la répartition budgétaire, la non-indexation des budgets hors BMF, l'absence de concertation sociale préalable dans plusieurs institutions, la crainte d'un effet d'aubaine en matière de création d'emplois,...)?

Je vous remercie pour votre réponse.

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le SPF Santé publique, en tant qu'administration responsable, a effectué l'évaluation prévue par l'article 7 de la loi du 9 mai 2021 concernant le Fonds blouses blanches sur base des rapports reçus par les hôpitaux. Ces rapports reprennent les données nécessaires afin de pouvoir réaliser l'évaluation requise par la loi. Ces rapports envoyés au SPF ont également été validés par les partenaires sociaux locaux des hôpitaux concernés. Comme indiqué, 162 sur 163 institutions ont respecté les dispositions prévues par la loi à cet égard.

Le rapport d'évaluation a été envoyé à la Chambre et il a également été transmis aux partenaires sociaux des secteurs des soins fédéraux concernés. Une concertation a été organisée. Le rapport de cette concertation a entre-temps été transmis à la Chambre.

Jusqu'à présent, l'article 7 de cette loi ne prévoit pas qu'un tel rapport sera rédigé chaque année. Elle prévoit qu'une évaluation ait lieu au plus tard le 31 mars 2023. Le principe que la concertation sociale doit être au centre du processus décisionnel reste néanmoins garanti par la loi via les concertations locales prévues.

Sur les remarques de fond formulées par les partenaires sociaux, je peux vous dire ce qui suit. La répartition budgétaire entre le secteurs des travailleurs salariés et les indépendants est le résultat d'un accord politique au sein de cette assemblée, qui a été traduit dans les dispositions de la loi. L'indexation des budgets n'est pas prévue par la loi. Nous avons déjà pu réaliser une indexation pour les hôpitaux via le mécanisme d'indexation du budget des moyens financiers. Pour les autres secteurs, il y a d'autres règles mais je partage le constat qu'il faudra une solution.

S'agissant de l'absence de concertation sociale préalable, nous n'avons pas de chiffres à cet égard pour l'année 2021. Je ne peux donc me prononcer à ce sujet.

Comme indiqué dans le rapport, il n'a pas été demandé aux hôpitaux de transmettre le rapport A sur la manière dont les moyens de l'année 2021 ont été affectés de manière préalable en raison de la parution tardive de la loi du 9 mai 2021 modifiant la loi du 9 décembre 2019 et de l'envoi de la circulaire fin août 2021.

Je peux vous donner tous les détails mais le calendrier ainsi établi ne permettait pas de demander l'envoi préalable des rapports.

Je constate néanmoins, au vu de la concertation sociale qui a eu lieu au niveau fédéral, que les partenaires sociaux sont et restent convaincus de la valeur de la concertation préalable.

En ce qui concerne l'effet dit d'aubaine... Je crois que vous utilisez cette expression. Elle a été utilisée dans le débat sur l'évaluation avec les partenaires sociaux. À ce sujet, une analyse plus approfondie des facteurs qui joueraient éventuellement pourrait être considérée, mais je pense que cela n'est pas évident.

Un tel exercice demanderait un monitoring en détail de chaque entrée et sortie de chaque membre de personnel individuellement, afin de pouvoir analyser chaque situation individuellement, et d'en tirer des

conclusions générales concernant la création d'emplois dans le cadre du Fonds blouses blanches.

En principe, la concertation sociale locale devrait pouvoir garantir un tel suivi. En outre, en principe, le Fonds blouses blanches ne permet que des recrutements de nouveaux emplois, ou par exemple l'extension d'heures supplémentaires, et donc de création nette d'emplois.

De plus, de manière générale, il a été prévu que la croissance nette de l'emploi doit être mesurée au niveau de chaque hôpital individuellement, en comparant le volume de l'emploi de l'année x - dans ce cas, l'année 2021 - à la moyenne du volume de l'emploi des années x-3 et x-2, c'est-à-dire les années 2018 et 2019. En cas de diminution du volume de l'emploi, une justification est demandée pour cette diminution.

Je trouve l'expression "effet d'aubaine" un peu difficile à situer dans le cadre du Fonds blouses blanches. On peut peut-être examiner s'il y a eu des abus, des choses qui n'ont pas été dites et qui auraient comme conséquence qu'il n'y a pas vraiment eu de création nette d'emplois. Mais cela, normalement, est exclu au niveau de la concertation sociale locale, où toutes les données doivent être disponibles sur toutes les entrées et sorties.

En bref, je crois que la concertation reste très importante, tant comme mécanisme local dans le cadre du Fonds blouses blanches qu'au niveau de l'évaluation nationale qui a été mise en place.

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

D'abord et avant tout, reconnaissons, ou plutôt devriez-vous reconnaître, que l'article 7 de la loi du 9 mai 2021 n'a pas été respecté, puisque la loi ne prévoyait pas une concertation locale. Elle est prévue par ailleurs. Par contre, la loi relative au Fonds blouses blanches prévoyait une évaluation avec les partenaires sociaux siégeant au Fonds Maribel social 330 et au Fonds Maribel social du secteur public. À cet égard, la loi n'a pas été respectée. C'est un fait!

Vous me dites qu'il y a eu des concertations locales. Je l'entends. Ceci étant, force est de constater qu'il y a une absence de concertation locale préalable pour 23 hôpitaux sur 162 et qu'il n'y a pas non plus eu de suivi du côté des autorités sanitaires. Il me semble quand même important que pour l'avenir cela puisse être effectif et qu'une concertation se fasse au niveau des hôpitaux.

Pour ce qui est du budget, vous confirmez les problèmes, notamment l'absence d'indexation du budget hors BMF. C'est évidemment dommage car vous étiez en pleine capacité de le faire. Cela pose la question de la pérennité des emplois, d'autant plus que la situation budgétaire des hôpitaux ne leur permet pas de le faire sur fonds propres. Il faut dès lors absolument corriger le dispositif. J'espère que ce sera le cas.

Enfin, en matière d'emploi, il y a eu une création d'emplois mais celle-ci est nettement plus faible que celle annoncée. Il y a eu des vases communicants. Il faut aussi le reconnaître. Cela m'amène à titre personnel à dire et redire ici avec force ce que je plaide maintenant depuis des années et de manière encore plus aigüe ces dernières années; il nous faut un plan d'attractivité des métiers des soins, pour les infirmiers en priorité mais pas seulement. Sans cela, nous ne pourrions effectivement pas avoir plus de soignants directement au chevet des patients.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036695C van de heer Prévot wordt uitgesteld op vraag van de minister.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op ereloonsupplementen voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming (tandzorg)" (55036702C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction de suppléments d'honoraires pour les patients avec intervention majorée (dentisterie)" (55036702C)

10.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, op de laatste vergadering

van Dentomut zou u hebben aangegeven dat de bepaling met betrekking tot het verbod op het heffen van ereloonsupplementen in de ambulante praktijk voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming vanaf 1 januari 2024 van kracht wordt. Is dat juist? Wanneer is er overleg geweest met de sector? Wat was het resultaat van dat overleg?

Wat gaat u doen met de prestaties waarvan het bedrag in de nomenclatuur niet correct is gehonoreerd? Ik denk daarbij aan parodontologische behandelingen, endodontologische behandelingen, maar ook behandelingen bij mensen met een handicap? Wat met prestaties waarvoor er geen nomenclatuur bestaat? Zult u ervoor zorgen dat er eerst een kostprijsberekening komt, alsook een correcte waardering van de ondergewaardeerde prestaties?

Indien u dat allemaal niet zult doen, wat zullen dan de consequenties zijn voor praktijken waar vooral behandelingen worden gedaan met een problematische terugbetaling, zoals endopraktijken en paropraktijken, maar ook praktijken die mensen met een handicap behandelen, en voor de regio's waar een groot aandeel mensen recht heeft op verhoogde tegemoetkoming? Ik hoop dat u daarvan wel degelijk een inschatting hebt gemaakt.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, het is wel degelijk onze bedoeling om de bepaling met betrekking tot verbod op het heffen van ereloonsupplementen in de ambulante praktijk voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, die dus financieel kwetsbaar zijn, uit te voeren. Het is echter niet voorzien om de wet voor 1 januari 2024 in uitvoering te brengen, want ik wil geen interferentie met het lopende nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen. Dat loopt tot het einde van dit jaar.

Op 11 mei heb ik op vraag van de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen de vertegenwoordigers van de tandheelkundigen en de verzekeringsinstellingen ontmoet. De leden van de Nationale Commissie hebben diverse bezorgdheden geuit met betrekking tot deze wettekst. Zij zeiden ook dat de huidige nomenclatuur en honorering niet langer overeenstemmen met de realiteit op het terrein, dat er voor sommige specialismen, met name in de orthodontie en de parodontologie, onvoldoende passende verstrekkingen in de nomenclatuur zijn opgenomen en worden vergoed.

Ik zei dat het wel degelijk de bedoeling is om de wet uit te voeren. Ik heb de partners rond de tafel echter ook aangemoedigd om te overleggen over de modaliteiten. Indien er een akkoord tot stand kan komen over de modaliteiten van uitvoering waar ik mij in kan vinden, wil ik dat heel graag ook als zodanig overnemen. Met andere woorden, ik wacht op een voorstel, eventueel, van modaliteiten van uitvoering. En dan wil ik dat bekijken en zien of dat inderdaad conform is met hetgeen wij ten gronde voor ogen hadden met de wet.

Ik denk inderdaad dat we de problematiek van de lacunes in de nomenclatuur ter harte moeten nemen, in die mate dat er budgettaire mogelijkheden ontstaan in de komende periode.

Wat de kostprijsberekening betreft, is er in de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen voorzien om nog dit jaar te werken aan een kostprijsanalyse. Ik denk dat die zaken parallel kunnen lopen, want ik wil het ene niet op het andere moeten laten wachten. Ik denk dat die kostprijsanalyse inderdaad interessant kan zijn. Een kostprijsanalyse an sich volstaat niet om vast te stellen waar we prioritair op moeten inzetten om de nomenclatuur te verbeteren. We moeten ook de vraag stellen waar de belangrijkste behoeften van de bevolking liggen en waar de grote lacunes zich bevinden. Men moet dus prioriteiten vastleggen. Ik wil graag op al die punten vooruitgang boeken.

10.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, u hebt gezegd dat die nomenclatuurreformering en het verbod op die ereloonsupplementen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming naast elkaar kunnen lopen. Ik ben het daar echter volledig mee oneens, want eerst moet die nomenclatuur in orde zijn. Zo niet zullen er problemen op het terrein komen. In een regio met veel mensen met een verhoogde tegemoetkoming zal een tandartsenpraktijk bijvoorbeeld onhaalbaar en onleefbaar zijn zolang de nomenclatuur niet is aangepast aan de realiteit.

Ik wil graag een voorbeeld geven van een tandarts die zich heeft toegelegd op mensen met een handicap en mensen die erg bang zijn voor een tandartsbezoek. Zij heeft daarvoor een bijkomende

opleiding gevolgd. Deze tandarts beschikt over zeer veel expertise en neemt de tijd voor haar patiënten en heeft veel geduld om hun een menswaardige tandzorg te kunnen geven. Die patiënten zijn bereid om supplementen te betalen. Het betreft een groep mensen die zeer vaak in aanmerking komen voor een verhoogde tegemoetkoming. Indien u deze wetgeving in voege laat gaan, dan zal zulke praktijk de deuren moeten sluiten. Wie treft u daarmee? Niet de tandartsen, want zij zullen zich wel op andere specialismes concentreren, maar wel de patiënten. Ik hoop dat u zich daar terdege van bewust bent. Zolang die nomenclatuur niet in orde is, zal dit wetsontwerp ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg en de patiënt. Ik maak u aan om eerst dringend die nomenclatuur te herzien voordat u verdergaat met de rest.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Samuel Cogolati à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La disparition de l'aide médicale urgente (112) d'Ampsin" (55036703C)

11 Vraag van Samuel Cogolati aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het opdoeken van de antenne voor dringende geneeskundige hulpverlening (112) in Ampsin" (55036703C)

11.01 Samuel Cogolati (Ecolo-Groen): Monsieur le *Ministre*

L'accès à l'aide médicale urgente en région hutoise comme ailleurs est une question de santé publique et il est tout bonnement inadmissible que nos citoyennes et citoyens n'aient plus accès aux services essentiels que fournit le poste d'aide médicale urgente d'Ampsin, qui plus est pour des raisons de sous-financement ! Cela mettrait à mal toute la région hutoise mais également les autres secteurs qui devraient pallier à la fermeture du poste.

Vous aviez annoncé une augmentation du budget de 14,2 millions d'euros pour cette année, mais force est de constater que le financement manque toujours cruellement. Aujourd'hui, après 6 mois de moratoire, la situation reste inchangée et la menace d'un arrêt définitif du service d'Ampsin est toujours là. Dès lors, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

- Quel est le nombre de sorties par an de ce poste d'aide médicale urgente à Ampsin? Combien de travailleurs sont attachés à ce poste d'Ampsin? Concrètement, quelles seraient les conséquences de la fermeture du poste d'Ampsin sur l'aide médicale urgente dans l'arrondissement Huy-Waremme?

- Avez-vous eu des contacts avec le service d'aide médicale urgente d'Ampsin et avec des communes voisines depuis le début du moratoire et si oui, pouvez-vous nous éclairer sur les pistes de solutions qui sont envisagées pour éviter à tout prix une fermeture de ce poste?

- Vous avez annoncé un refinancement graduel du secteur en proposant une augmentation du budget de 69,18 millions d'euros en 2024 et encore davantage en 2025 pour atteindre les 239,67 millions d'euros. Ne pensez-vous pas qu'au vu de l'urgence de la situation, une augmentation significative du budget devrait être envisagée dès à présent et éventuellement de manière ciblée, afin de sauver les petites antennes qui souffrent le plus de ce manque de financement?

- Enfin, pouvez-vous m'éclairer sur l'état d'avancement de votre plan d'action global qui se veut être une garantie de qualité des conditions de travail, de financement et d'organisation?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Cher collègue, la Croix-Rouge, comme d'autres, a été reçue au cabinet et par l'administration. Ils nous ont tous exposé leurs préoccupations. C'est entre autres sur la base de celles-ci que j'ai pris la décision de réinvestir des budgets considérables en 2023, mais surtout en 2024 et 2025, dans l'aide médicale urgente.

Les règles d'octroi des subsides fédéraux sont inscrites dans un arrêté royal. Ces règles tiennent compte des frais de permanence mais aussi des frais de ruralité, et ce, via le couplage d'une partie du subside au nombre de kilomètres parcourus en moyenne par intervention. Cette moyenne est plus élevée en milieu rural qu'en ville. Vu que l'arrêté royal crée le cadre pour tous les services qui appartiennent au système 112, je ne peux pas y déroger pour la Croix-Rouge ni pour d'autres services. Ce sont donc bien les difficultés de l'ensemble des services ambulanciers qui ont été prises en considération pour l'augmentation importante du budget des subsides des années à venir.

Le budget des subsides à Hannut est porté à 91 190 000 euros en 2023, à 146 170 000 euros en 2024

et à 239 670 000 euros en 2025. La Croix-Rouge de Belgique a deux entités d'ambulances et chacune d'elles possède un numéro d'entreprise distinct. Le numéro d'entreprise qui reprend le service d'ambulances d'Ampsin-Amay bénéficiait en 2022 d'un subside de 2 589 203,76 euros, c'est-à-dire 2 590 000 en arrondissant.

Cette année, le subside a augmenté pour atteindre 3 012 917,02 euros c'est-à-dire une augmentation de 423 714 euros, soit plus de 16 %.

Vu les budgets qui seront encore libérés en 2024 et 2025, ce subside va encore augmenter considérablement.

S'il devait y avoir une cessation d'activité du service d'ambulance 112 de la Croix-Rouge Ampsin-Amay, il reviendrait à la Commission d'aide médicale urgente provinciale de trouver des solutions au sein de l'organisation de l'AMU afin de garantir le service à la population pour environ 1 900 sorties d'ambulance effectuées aujourd'hui par le poste de secours Ampsin-Amay.

11.03 Samuel Cogolati (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse que je vous avoue ne pas tout à fait comprendre.

Maintenir à tout prix cette antenne du 112 à Amay-Ampsin reste un long combat des écologistes. Avant moi, c'était mon collègue, Nicolas Parent, qui était intervenu sur ce dossier.

Je vous entends dire, d'une part, que les budgets ont augmenté, ce qu'il faut saluer. C'est une bonne chose car ils n'avaient plus été indexés - si je me souviens bien - depuis au moins trois ans. C'était également important de le faire car la Croix-Rouge subit aussi l'augmentation des frais liés au personnel, etc. D'autre part, je vous entends ne pas fermer complètement la porte à une fermeture du poste 112 à Ampsin, ce qui serait extrêmement grave. Ce serait vraiment manquer à notre mission de santé publique qui relève bel et bien de la compétence du ministre fédéral de la Santé publique. Il s'agit ici d'une option qu'il faut pouvoir exclure. Je vous appelle donc solennellement à maintenir à tout prix ce poste d'aide médicale urgente du 112 à Ampsin.

Je tiens vraiment à souligner qu'il n'est pas question ici d'un combat sous-localiste. En effet, qu'engendrerait la fermeture de ce poste? Un excès de travail pour les autres régions. Vous devez donc assumer votre responsabilité, en offrant un service de qualité de santé publique.

Je répète que des vies sont en jeu, raison pour laquelle je reviendrai sur ce dossier pour m'assurer que les augmentations des subventions soient suffisantes pour maintenir le poste d'Ampsin.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

12 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vijfjaarlijkse evaluatie voor hulpverleners-ambulanciers" (55036737C)

12 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation quinquennale des secouristes-ambulanciers" (55036737C)

12.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ruim een jaar geleden beantwoordde u mijn vraag over de vijfjaarlijkse evaluatie waarvoor hulpverleners-ambulanciers moeten slagen om hun badge te behouden. Die evaluatie bestaat uit drie onderdelen: reanimatie van een volwassene met een AED, reanimatie van een baby met een AED en één casusbenadering. Wij hebben vernomen dat die vijfjaarlijkse evaluatie nu uitgebreid zal worden.

Mijnheer de minister, hoe zal die vijfjaarlijkse evaluatie precies aangepast worden? Waarom zal de evaluatie aangepast worden? Op welke onderzoeken, waarnemingen of nog andere elementen heeft men zich gebaseerd om die evaluatie aan te passen? Met welk doel werd beslist om die vijfjaarlijkse evaluatie aan te passen? Zullen er ook voor andere gezondheidszorgbeoefenaars evaluaties komen?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, bij het begin van de regeerperiode heb ik al enkele keren beklemtoond dat de organisatie van de opleiding en vorming voor een gezondheidszorgberoep geen federale bevoegdheid meer is. Het komt de deelstaten toe om die taak op te nemen. De opleiding voor hulpverlener-ambulancier wordt nog steeds door de federale overheid georganiseerd, maar dat is eigenlijk een aflopend verhaal. De deelstaten zijn ondertussen ver gevorderd om die opleiding over te nemen. Afhankelijk van wat de deelstaten beslissen, zal de badge dringende geneeskundige hulp en de vijfjaarlijkse evaluatie op termijn sowieso herzien moeten worden.

Ik ben evenwel ingegaan op de vraag van de hulpverleners-ambulanciers om alsnog de criteria voor de vijfjaarlijkse evaluatie te herzien, meer bepaald met het oog op het niet langer direct intrekken van de erkenning als zij niet slagen. Wat voorligt, is dus absoluut geen verstrenging, wel integendeel. Ik voeg er wel aan toe dat het nog afwachten is of de Raad van State akkoord zal gaan met het feit dat de federale overheid aanpassingen probeert door te voeren op materie die eigenlijk buiten haar bevoegdheid ligt.

De Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening heeft tijdens zijn plenaire vergadering van 16 mei jongstleden een voorstel van aanpassing van het koninklijk besluit van 13 februari 1998 over de opleidings- en vervolmakingscentra voor hulpverleners-ambulanciers besproken. Dat is het koninklijk besluit waarin die vijfjaarlijkse proef gedefinieerd werd. Voor die vijfjaarlijkse proef stelt de NRDGH het volgende voor. Volgens de huidige regelgeving kan een hulpverlener-ambulancier, als hij niet slaagt in zijn vijfjaarlijkse proef, met onmiddellijke ingang het recht tot uitoefening van zijn beroep verliezen.

Ik begrijp dat dat voor sommigen, als hun werkgever hen geen ander werk kan laten verrichten, kan neerkomen op een ontslag. Net wegens die enorme impact heb ik gevraagd het betreffende artikel te herzien. Wat binnen de Nationale Raad voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening voorligt, is dus een voorstel waarin een hulpverlener-ambulancier wordt gevraagd om tijdig – vier maanden voor het verlopen van de geldigheidsperiode – zijn vijfjaarlijkse proef in te plannen. Indien de hulpverlener-ambulancier zou falen op de proef, dan wordt hem een individueel verbetertraject aangeboden met het oog op het slagen bij de herkansing. Die periode moet voldoende lang zijn om de hulpverlener-ambulancier de kans te geven om de nodige competenties en kennis bij te schaven voor de herkansing. Tenzij er zwaarwichtige redenen kunnen worden aangetoond, mag de hulpverlener-ambulancier tot de eindvervaldag van zijn badge de activiteit blijven uitoefenen, in tegenstelling tot de huidige, strenge onmiddellijke intrekking. Indien de hulpverlener-ambulancier na het verbetertraject alsnog zou falen bij de herkansing, dan kan de federale gezondheidsinspecteur beslissen om een tweede verbetertraject en een tweede herkansing aan te bieden. Opnieuw mag de hulpverlener-ambulancier, behalve indien er zwaarwichtige redenen zijn of indien de vervaldatum van de badge overschreden is, zijn activiteiten voortzetten.

Uit de feedback van de plenaire zitting heb ik begrepen dat de Ambulanciersunie niet tevreden is met de voorgestelde versoepeling en aanstuurt op de complete afschaffing van de proef. Ik zal daarover nog overleg plegen, maar wil wel aangeven dat een eventuele afschaffing van de vijfjaarlijkse proef zal afhangen van de beslissingen van de deelstaten met betrekking tot de vorming en opleiding. Indien ze een vijfjaarlijkse proef niet meer nodig vinden in het opleidingscurriculum, dan zal die ook niet meer worden opgelegd. Voor het overige is de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg ook van toepassing op de hulpverlener-ambulancier. De deelstaten moeten in dezen dus hun verantwoordelijkheid nemen en laten weten hoe zij dat zien, mevrouw Sneppe.

12.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u geluisterd hebt naar wat ik hier al een paar keer op tafel heb gelegd. Dat de ambulanciers onmiddellijk hun vergunning, hun badge kwijt zijn en dus eigenlijk met onmiddellijke ingang moeten stoppen, leek ons niet echt rechtvaardig te zijn. Dat wordt nu aangepast, wat mij verheugt. Ik moet u bijtreden voor wat u zegt over de deelstaten. Ook daar moet een tandje bijgestoken worden. Ze moeten duidelijk maken wat ze van plan zijn. Ik zal mijn vraag ook doorsturen naar een van de collega's in het Vlaams Parlement.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

13 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De link tussen het KCE en Deloitte" (55036745C)

13 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le lien entre le KCE et Deloitte" (55036745C)

13.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in het kader van het project NEED voert het KCE een studie uit naar de on vervulde behoeften van patiënten met de ziekte van Crohn. Het betreft een enquête die naar patiënten wordt gestuurd en die ook terug te vinden is op de site van het KCE. De opdracht voor het uitvoeren van deze enquête werd toegewezen aan consultancybedrijf Deloitte. De enquête werd daarenboven gedeeld met de patiëntenverenigingen, met de vraag deze te verdelen bij hun leden.

Ik werd gewezen op het feit dat de patiëntenvereniging CCV-vzw, die patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa vertegenwoordigt, beslist heeft niet deel te nemen aan de enquête. Ik geef even de redenen daarvoor. De scoop van de enquête had uitgebreid moeten worden naar patiënten met colitis ulcerosa. De opgestelde lijst wordt eveneens als te breed en te weinig specifiek geïnterpreteerd. De patiëntenvereniging werd tevens pas betrokken bij de verspreiding van de vragenlijst, niet bij de start van het project. De patiëntenvereniging werd daarenboven niet op de hoogte gebracht van het feit dat een commercieel bedrijf, namelijk Deloitte, de enquête uitvoert. De uitvoerende partners communiceren met het e-mailadres van KCE, maar werken eigenlijk voor Deloitte. De patiëntenvereniging maakt zich dan ook zorgen over de privacy alsook over de medische data van deelnemende leden.

Op welke manier werd de opdracht toegewezen aan Deloitte en niet aan bijvoorbeeld een consortium van de KU Leuven met belangenorganisaties, waaronder BIRD, en patiëntenverenigingen, zoals CCV-vzw?

Wat is het totale budget van deze opdracht toegewezen aan Deloitte?

Hoe verklaart u het feit dat de medewerkers communiceren in de naam en met het e-mailadres van het KCE en niet in de naam van Deloitte?

Klopt het dat de vragenlijst van Deloitte ter validatie voorgelegd werd aan deelnemende kandidaten die de opdracht niet kregen, met als motivatie dat de expertise in het onderwerp van de betrokken kandidaten groter was? Speelde expertise dan niet mee voor de toewijzing? Waarom niet?

In hoeverre verklaart u het verband tussen de aanwezigheid van een lid van de taskforce KCE dat tegelijkertijd tewerkgesteld en dus betaald wordt door Deloitte? Kunt u aangeven dat hier van belangenvermenging geen sprake kan zijn en kunt u dat ook bewijzen?

Wat is het totaalbudget dat toegewezen en betaald werd aan Deloitte door het KCE in de voorbije drie jaar, uitgesplitst per jaar?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u bent lid van de raad van bestuur van het KCE, dus het zou eerlijk gezegd efficiënter zijn als u die vragen rechtstreeks in de raad van bestuur van het KCE stelt. Ik begrijp niet heel goed waarom u deze commissie wil bezighouden met iets waarop u een zeer uitvoerig antwoord zou kunnen krijgen in de raad van bestuur van het KCE. Als u vindt dat daar iets fout aan is, dan kunt u nog altijd terugkomen. Ik zal echter antwoorden, ervan uitgaand dat uw collega's daar tijd genoeg voor hebben.

Ten eerste, voor de toewijzing werden verschillende criteria in rekening genomen. Ik geef even aan welke criteria in de oproep geëxpliciteerd werden. De onderaannemer moet goede competenties hebben in het uitvoeren van online kwantitatieve enquêtes via een onlineplatform. Er werd verwezen naar LimeSurvey of Qualtrics. De onderaannemer moet goede competenties hebben in kwantitatieve analyses: het pakket R of SAS. De onderaannemer moet goede competenties hebben in het uitvoeren van face-to-face-interviews. De onderaannemer moet goede competenties hebben in het uitvoeren van kwalitatieve analyses. De onderaannemer moet vlot kunnen schrijven in het Engels en ervaring hebben met het samenvatten van wetenschappelijke bevindingen. Kennis in het domein van onbeantwoorde medische behoeften, maligne melanomen en de ziekte van Crohn is een plus.

Voor deze uitbestedingen ontving het KCE een onderzoeksvorstel van vier verschillende equipes. Ieder voorstel werd zorgvuldig geëvalueerd aan de hand van de vooraf gedefinieerde selectiecriteria door een jury, bestaande uit zeven onderzoekers en directieleden van het KCE.

De juryleden evalueerden eerst de voorstellen onafhankelijk van elkaar. Vervolgens werden alle kandidaten één voor één gehoord tijdens een mondeling overleg, waarbij elke kandidaat eerst zijn voorstel toelichtte en de juryleden gerichte vragen konden stellen. Na afloop van de vier vergaderingen nam de jury een finale beslissing op basis van het schriftelijk ingediende dossier en de mondelinge toelichtingen. De geselecteerde equipe van Deloitte voldeed aan alle criteria en diende bovendien een haalbaar voorstel in dat rekening hield met de zeer strikte deadlines van het voorgestelde project.

De aanbesteding betreft de operationele uitvoering van de gegevensverzameling via een online enquête en interviews, alsook de statistische en kwalitatieve data-analyse. Klinische expertise werd als een meerwaarde beschouwd maar was geen vereiste, daar het inhoudelijke werk – het design van de studie, de ontwikkeling van de vragenlijst en de interviewgids – volledig door het KCE wordt voorbereid en gecoördineerd, inclusief de consultatie van externe experts voor de inhoudelijke validatie van de vragenlijsten.

De equipe van de KUL die de aanvraag indiende, voorzag in de consultatie van klinische experts op dezelfde manier waarop het KCE dat voor al zijn projecten doet. Het KCE heeft een overzicht gestuurd aan het niet-weerhouden team met de voornaamste argumenten voor de keuze van de selectiejury. U kunt dat opvragen bij het KCE.

Wat betreft uw tweede vraag, het totaalbudget van de opdracht die aan Deloitte werd toegewezen bedraagt 224.654 euro, exclusief btw.

Ik kom dan bij uw derde vraag. Dit onderzoek gaat over een federale studie, geen studie van Deloitte. Omdat het voor potentiële deelnemers aan de studie belangrijk is om te weten dat ze zullen meewerken aan een initiatief genomen door een federale onderzoeksinstelling, is het aangewezen dat zij gecontacteerd worden door het KCE en niet door de onderaannemer. Om potentiële moeilijkheden en risico's van vertraging in dit project, dat onder hoge tijdsdruk staat en een zeer strak tijds kader hanteert, te beperken, is het relevant om de link tussen de communicatie in verband met het project en het KCE duidelijk zichtbaar te maken. Het gebruikte e-mailadres kce.be en niet kce.fgov.be maakt dit mogelijk en vermijdt dat e-mails verzonden door een externe partner zoals Deloitte als spam worden behandeld en daardoor verloren gaan tijdens het rekruteringsproces.

Het KCE gebruikt reeds enkele jaren de domeinnaam kce.be voor bepaalde activiteiten, bijvoorbeeld de hosting van minisites en apps die gekoppeld zijn aan de KCE-website, maar ook voor het creëren van e-mailadressen zonder dat er een KCE-gebruikersaccount moet worden aangemaakt. Op die manier, zonder gebruikersaccount, wordt elke toegang tot de servers van de instelling vermeden. Deze manier van werken heeft bovendien het voordeel dat het KCE rechtstreeks inzage heeft in alle communicatie die gebeurt met KCE-e-mailadressen. Het laat ook toe om alle mails in verband met het project bij het KCE te archiveren.

Tijdens de interviews zal aan de geïnterviewde duidelijk worden gemaakt dat Deloitte de interviews doet, in opdracht en onder strikte supervisie van het KCE. Deze informatie werd overigens doorgegeven aan het ethisch comité dat de studie heeft goedgekeurd en werd ook in de informed consent voor de interviews vermeld.

Wat betreft uw vierde vraag, het klopt niet dat hier een vragenlijst van Deloitte aan de orde is, vermits Deloitte geen inhoudelijke bijdrage aan de vragenlijst heeft geleverd. De vragenlijst werd volledig opgesteld door het KCE, niet door Deloitte, en voorgelegd aan meerdere externe klinische experts ter inhoudelijke klinische validatie, zowel voor de ziekte van Crohn als voor het melanoom.

Het KCE zoekt in zijn selectieproces van externe klinische experts naar individuen met een onbetwistbare reputatie. Het klopt dat een van de geselecteerde experts voor een van de casestudies deel uitmaakt van een van de vier kandidaat-teams. Het betreft een expert in het domein van Crohn, die in die hoedanigheid als externe klinische expert werd geraadpleegd. De andere leden van het projectteam werden niet geconsulteerd. Het klopt dus niet dat de vragenlijst werd voorgelegd aan de kandidaat-teams die de opdracht niet kregen toegewezen. Het ging specifiek om de klinische expertise

van de persoon in kwestie, niet van het team als dusdanig. Ook andere kandidaat-teams werden niet geraadpleegd.

Het is standaardpraktijk van het KCE om externe experts te raadplegen in al zijn studies om de kwaliteit van het werk te garanderen.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister u bent al vier minuten over de u toegekende tijd gegaan.

13.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ze had dat allemaal op de raad van bestuur kunnen vragen.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, wilt u toch proberen uw antwoorden wat korter te maken?

13.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik doe mijn best.

Mevrouw Depoorter, wat uw de vijfde vraag betreft, de Task Force Therapeutics Viral Diseases werd op 1 december 2021 opgericht, in de schoot van het KCE. Deze taskforce heeft als taak wetenschappelijke gegevens te analyseren en evalueert per geneesmiddel tegen opkomende virusziekten de aan te schaffen hoeveelheden, de veiligheid en de doeltreffendheid, de therapeutische meerwaarde, de positionering in het therapeutisch arsenaal en de gepaste verdeling van de medicatie. Hij coördineert daarnaast ook de ontwikkeling van een leidraad voor het gebruik van deze geneesmiddelen.

Met als oorspronkelijke benaming Task Force Therapeutics COVID-19 werd initieel de focus gelegd op geneesmiddelen voor de behandeling van covid. Het KCE heeft in het kader van de Task Force Therapeutics Viral Diseases een beroep gedaan op een externe partij in overeenstemming met de geldende regelgeving inzake overheidsopdrachten, waarbij Deloitte werd gekozen als onderaannemer van het KCE. Het KCE maakt met al zijn externe partners duidelijke afspraken om ervoor te zorgen dat er geen sprake is van belangenvermenging en dat de confidentialiteit van de werkdocumenten wordt gerespecteerd.

Een tweede belangrijke element is dat Deloitte heeft gehandeld onder strikte supervisie van het KCE, dat de sturing van de taskforce helemaal in handen heeft gehouden. Heel het wetenschappelijk werk werd uitgevoerd onder leiding van de KCE-onderzoekers. Deloitte heeft dan ook op geen enkel moment beslissingsbevoegdheid gehad in het kader van de taskforce en de werkzaamheden zijn op een neutrale, objectieve en professionele wijze verlopen.

Deloitte werkt momenteel niet meer voor de Task Force Therapeutics Viral Diseases en voert uitsluitend een opdracht uit voor het KCE in het kader van het NEED-project. Er was geen periode van overlap tussen deze twee opdrachten. Het totale budget dat aan Deloitte is toegewezen en betaald door het KCE in de voorbije drie jaar bedroeg 0 euro in 2020.

In 2021 was dat 0 euro, in 2022 69.597 euro, exclusief btw.

13.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik ben lid van de raad van bestuur zonder stemrecht van het KCE. U bent de politiek verantwoordelijke minister. Als ik vragen heb over politieke beslissingen stel ik die zeer graag aan u persoonlijk. Hoe moeilijker het wordt, hoe sneller u antwoordt. We stellen vast dat expertise een meerwaarde is, maar toch geeft u 224.000 euro aan Deloitte. U zou haast zeggen dat u beste vrienden bent. Hier wordt verwezen naar een raamcontract, een paar miljoen, nu 224.000 euro.

13.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is verdachtmaking. Ik heb zelf ook wetenschappelijk onderzoek gedaan. Als je bijvoorbeeld Qualtrics gebruikt, besteed je dat uit aan een consultant die dat organiseert. Dat doe je niet zelf. Hou daar nu eens mee op. Ik heb u een omstandig antwoord gegeven. U had al die uitleg kunnen vragen bij het KCE, dan had u die gekregen. U doet hier liever verdachtmakingen die op niks gebaseerd zijn.

13.07 Kathleen Depoorter (N-VA): U moet mij niet zeggen aan wie ik vragen stel. U bent de minister. Ik hoor van patiënten, patiëntenverenigingen en experts heel duidelijk dat het bijzonder frappant is dat het KCE met Deloitte in zee gaat en vragen stelt aan experts. Dit is klinkklare zevel. U zegt dat een e-mailadres, kce.be, een verschil is ten opzichte van kce.bgov.be. Denkt u nu echt dat één patiënt het verschil kent en dat u de patiënten geruststelt met een schijn van partijdigheid, een schijn van het overtreden van privacyaspecten?

Ten slotte, mijnheer de minister, ik spreek graag uit. De KCE-taskforce is een ons-kent-onsverhaal. Net dat moet eruit. Net dat vertrouwen de burgers niet. U stelt immers dat een persoon die zowel voor de taskforce als voor Deloitte werkt, geen belangenvermenging is. Zij zouden zelfs niet met elkaar in contact komen, want de ene keer wordt voor de taskforce gewerkt en een paar maanden later voor het KCE. Dat zou echter niets met elkaar te maken hebben.

Mijnheer de minister, zelfs een hond met een hoedje op ziet dat het ter zake om een veel te kleine wereld gaat en dat u zich telkens opnieuw op diezelfde mensen en op datzelfde groepje beroept. Dat is in mijn ogen wetenschappelijk echt niet correct.

Mijnheer de minister, u hebt ter zake een heel moeilijk verhaal. Dat verklaart ook waarom u zo gepikeerd bent wanneer ik daarover vragen stel. Er zal opnieuw 224.000 euro worden besteed aan een consultancybedrijf dat geen wetenschappelijke of medische expertise heeft. De patiënten zijn er niet gerust in.

Mijnheer de minister, het bewijs is er. Het geld is immers zelfs niet verdeeld aan de patiënten. U schiet uw doel dus voorbij.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Ik zou willen vragen geen tien minuten aan elke vraag te besteden.

14 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "WhoCares" (55036747C)

14 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "WhoCares" (55036747C)

Ik hoop dat dit een minder betwist onderwerp is, mevrouw Depoorter.

14.01 Kathleen Depoorter (N-VA): We zullen zien, mijnheer de voorzitter.

Mijnheer de minister, consultancybedrijf WhoCares kwam recent in het nieuws, omdat een oud-minister op zijn voormalig kabinet als consultant aan de slag ging. Nu blijkt dat ook andere consultants uit cd&v-rangen door het betreffende consultancybureau werden ingezet. Ik verdenk u er niet van cd&v'er te zijn, mijnheer de minister, maar ik heb hier toch een aantal vragen over.

In hoeverre werkte u samen met het consultancybureau in kader van het gezondheidsbeleid? Over welke projecten en budgetten ging het? Waren er aanbestedingsprocedures? Kunt u de aanbestedingsprocedure meedelen?

Werd enige link tussen de consultants en een politieke partij onderzocht? Werd oud-minister Vandeuren federaal geconsulteerd?

Gaf u het consultancybureau een opdracht? Zo ja, dewelke?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: In het kader van de opmaak van het interfederale plan voor

geïntegreerde zorg, iets wat u in het regeerakkoord terugvindt, werd de openbare procedure – ik citeer –: “RIZIV INAMI SSS 2022/01, Ondersteuning van het federale beleid voor de opmaak en uitvoering van een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, en 5AIM, en voor de ondersteuning op mesoniveau van het veranderingstraject naar geïntegreerde zorg in België, openbare procedureopdracht van diensten”, uitgeschreven door het RIZIV op 11 februari 2022 via het platform e-Procurement. De deadline voor de indiening van offertes werd gelegd op 15 maart 2022 om 11 uur.

De opdracht binnen de openbare procedure werd als volgt omschreven. Enerzijds gaat het om de ondersteuning en versterking van de équipes bij de administraties van de federale overheid voor het definiëren, het verder uitwerken van een veranderingsstrategie naar een geïntegreerde zorg op zowel het macro-, het meso- als het microniveau in een interfederaal plan voor geïntegreerde zorg en anderzijds om de ondersteuning van het mesoniveau om via een sterke sturing te zorgen voor de ontwikkeling en organisatie van geïntegreerde zorg aan de bevolking binnen een omschreven territorium, om de Quintuple Aim-doelstelling te bereiken.

Er werd door de volgende vijf inschrijvers een offerte ingediend: Antares consulting France, Deloitte Consulting & Advisory, KPMG Advisory, WhoCares, KUL en ULB, samen het consortium We Care, Möbius Business Redesign en shiftN.

Alle offertes werden eerst onderzocht op hun volledigheid, formele en materiële regelmatigheid en uitsluitingsgronden. Uit die analyse bleek dat alle offertes voldeden voor verdere evaluatie. Daarna werden de offertes aan de kwalitatieve selectiecriteria getoetst. Na analyse van de ontvangen offertes bleken alle inschrijvers te beantwoorden aan alle vereisten op het vlak van de kwalitatieve selectiecriteria. Vervolgens werd een evaluatie van de gunningscriteria uitgevoerd door een jury bestaande uit medewerkers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en mijn beleidscel.

Het voorstel van de jury werd op 12 mei 2022 voorgelegd aan de federale stuurgroep Geïntegreerde Zorg, bestaande uit de beleidscel en de leidend ambtenaren van de beide federale administraties, de FOD Volksgezondheid en het RIZIV. De federale stuurgroep stelde daarop een gemotiveerde gunningsbeslissing voor aan het algemeen beheerscomité van het RIZIV, die werd goedgekeurd op 16 mei 2022. Door het algemeen beheerscomité van het RIZIV werd beslist om de gunning toe te kennen aan het consortium We Care, dus KPMG Advisory in samenwerking met WhoCares, de ULB en de KU Leuven, voor een bedrag van 2.658.588,46 euro, btw van 21 % inbegrepen. Het betreft een opdracht van 30 maanden.

Ik zal het gunningsverslag, waarin de gevolgde procedure uitgebreid is beschreven, bezorgen aan het secretariaat van de commissie. Als u dat wenst, kan ook de oproep tot indiening en de door We Care ingediende offerte worden bezorgd aan het secretariaat. Daar kunt u dan alles netjes in detail bekijken. Ik denk dat dat allemaal in orde is, maar u mag dat nog eens helemaal in detail bekijken. Wij bezorgen u alles wat u vraagt via het commissiesecretariaat.

In de offerte van We Care stond de heer Vandeurzen vermeld als adviserend expert. Sinds de start van de aan het We Care-consortium toegewezen opdracht werd door het consortium voor twee mandagen op naam van de heer Vandeurzen gefactureerd.

14.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, zo ziet men maar, de politieke tentakels zitten overal. Er is dus een opdracht van 2,6 miljoen euro voor 30 maanden of dus 88.600 per maand toegewezen aan een consortium dat doorspekt is met cd&v'ers. Dat is toch wel het onderzoeken waard.

Ik leid af uit uw omstandige antwoord dat u toch wel een beetje verveeld zit met die zaak. Opnieuw is er de schijn, de zweem van politieke belangen bij uw diensten. Als de heer Vandeurzen voor twee dagen gefactureerd heeft, zijn dat twee dagen te veel. Uiteindelijk is hij een politiek expert, die hier aan zet wordt gebracht.

Het gaat echter vooral om hetgeen erachter zit, namelijk een kluwen van mensen met tentakels en belangen in partijen en die strijken hier 88.600 euro per maand op. Dat is best veel geld, mijnheer de minister.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

15 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het samenwerkingsakkoord over zedendelinquenten" (55036755C)

15 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accord de coopération concernant les délinquants sexuels" (55036755C)

15.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, seksueel geweld dient strenger aangepakt te worden en daders worden niet alleen strafrechtelijk vervolgd, maar krijgen ook gespecialiseerde hulp van de deelstaten om recidive te voorkomen. Voor Vlaanderen werd het samenwerkingsakkoord door de federale minister van Justitie, de Vlaamse minister van Gezondheidsbeleid en de Vlaamse minister van Welzijn ondertekend in 1998. Met het samenwerkingsakkoord willen we herhaling van seksueel misbruik en in het bijzonder het leed toegebracht aan slachtoffers van seksueel misbruik maximaal voorkomen. Ik neem dat dit ook uw doelstelling zal zijn.

Voor dit samenwerkingsakkoord is er al langer een update nodig, zeker als onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg, waarover we het in deze commissie al vaker hebben gehad. Een poging tot die update faalde tijdens de vorige legislatuur. We moeten er dus alles aan doen om daar deze legislatuur wel in te slagen. Een van de cruciale elementen om tot een verbetering van het samenwerkingsakkoord te komen, was de deelname van de psychiatrische ziekenhuizen. Dat kwam naar voren uit een rapport van een multidisciplinaire werkgroep, waarin onder andere het Universitair Forensisch Centrum zetelde.

We ontvangen signalen dat de update van het samenwerkingsakkoord bijzonder stroef verloopt wat de deelname van de psychiatrische ziekenhuizen betreft. Klopt dat? Wat zijn volgens u de probleempunten?

Welke pistes ziet u om tot een werkbare oplossing te komen in het kader van een traject voor daders om recidive en dus nieuwe slachtoffers te voorkomen? Binnen welke termijn verwacht u tot een akkoord of een gedragen oplossing te komen?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Om op uw eerste twee vragen te antwoorden, wil ik het volgende zeggen. In Vlaanderen hebben een aantal werkgroepen heel wat voorbereidend werk geleverd om een voorstel van een herwerkt Vlaams samenwerkingsakkoord op te stellen. De verdere besprekingen met betrekking tot de herwerking van het samenwerkingsakkoord op beleidsniveau lopen evenwel nog, omdat er nog een aantal juridisch-technische elementen verder uitgeklaard moeten worden. Wat de federale bevoegdheid betreft, gaat het onder meer over de vraag naar het meest geschikte juridische instrument, namelijk een samenwerkingsakkoord of een protocolakkoord.

Het is inderdaad de bedoeling om een zo goed mogelijk zorgtraject uit te werken voor daders van seksuele delicten, waar zowel ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg als gespecialiseerde residentiële centra deel van uitmaken. Aangezien de bevoegdheden hiervoor respectievelijk op deelstatelijk en federaal niveau liggen, is het belangrijk om de engagementen van de verschillende actoren, de ministers, daarin te beschrijven.

Tevens is er nog enige onduidelijkheid over de manier waarop de opvolging zal gebeuren inzake de kwaliteitsvolle zorg in de residentiële centra, over de kwaliteitscriteria in de normering en opvolging die Vlaanderen zal opleggen, over de rol van de netwerken geestelijke gezondheidszorg, over de vereisten die Vlaanderen heeft op het vlak van vorming en over de manier waarop een beperkte gegevensdeling zal gebeuren tussen verschillende zorgactoren.

Op uw derde vraag kan ik antwoorden dat het cruciaal is dat de daders van seksuele delicten niet van de radar verdwijnen en dat alle actoren samenwerken en afspraken maken om het transversale zorgtraject te organiseren waarin preventief wordt gewerkt, gaande van preventie, zoals het Vlaamse 'Stop it now!'-project, tot mogelijke slachtofferzorg, een gedifferentieerd en uitgebreid hulpverleningsaanbod en re-integratietrajecten via de netwerken geestelijke gezondheidszorg, opgericht sinds 2010.

Via de IMC Volksgezondheid kunnen alle actoren en alle bevoegde overheden samenwerken aan het implementeren van het hele continuüm zorg en welzijn.

In antwoord op uw vierde vraag geef ik mee dat er verder constructief wordt samengewerkt. Door mijn administratie werd in februari 2023 input geleverd over de voorgaande juridisch-technische problemen.

Op 25 mei 2023 kregen wij een nieuwe versie van het samenwerkingsakkoord, die wij eerstdaags zullen bekijken met de administratie.

15.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het klopt dat er in Vlaanderen al heel wat werk is verricht en dat heel wat mogelijkheden zijn geopperd.

Ik heb echter de indruk dat een en ander heel stroef verloopt op het vlak van de samenwerking met de psychiatrische ziekenhuizen. U merkt op dat u nog niet weet wat de zorgcriteria zullen zijn en hoe Vlaanderen die zal willen beoordelen. Voor de psychiatrische ziekenhuizen en de residentiële zorg hebt u echter de sleutel in handen. U bent ook degene die daar budgetten tegenover zal moeten stellen. Ik heb de indruk dat alles traag verloopt.

U geeft aan dat u op 25 mei 2023 een nieuwe tekst hebt ontvangen. Dat is dus nog maar net. Ik veronderstel dat u de tekst zult bekijken.

Waarop u echter bijvoorbeeld niet antwoordt, is op de vraag over de termijn waarop u een antwoord zult geven aan uw Vlaamse collega die duidelijk zit te wachten.

U haalt de zorgcentra na seksueel geweld aan. Dat is geen antwoord op de vraag die ik heb gesteld.

Het belangrijkste is dat wij voorkomen dat er nog slachtoffers vallen, dat wij zorgen dat er geen recidive wordt gepleegd door de delinquenten zelf en dat het samenwerkingsakkoord zo snel mogelijk wordt getekend. Daarvoor is heel veel goede wil nodig maar ook enige moed.

Ik nodig u dus uit om daar snel werk van te maken.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

16 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Medisch begeleide voortplanting na het overlijden van de partner" (55036756C)

16 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procréation médicalement assistée après le décès du partenaire" (55036756C)

16.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, wij hebben over dit thema ook een wetsvoorstel ingediend. Via de pers heb ik vernomen dat u stappen hebt gezet en daar ben ik blij om.

U hebt de termijn opgetrokken van twee tot vijf jaar. Kunt u mij vertellen waarom er voor vijf jaar gekozen werd? Ik denk immers aan de vele jonge mensen die aan *social freezing* doen of zullen doen. Daarvoor is de termijn altijd tien jaar. Wat gebeurt er echter als de partner overlijdt? Wordt de termijn dan van tien jaar teruggebracht tot vijf jaar? Daarover zijn er wel wat vragen in het werkveld.

Ik heb nog een tweede opmerking. Vandaag is het zo dat de wetgeving rond eiceldonatie zeer heterogericht geschreven is. Men spreekt immers altijd over de eiceldonatie die mogelijk gemaakt kan worden na het overlijden van zijn partner. Het gaat altijd over het mannelijke geslacht. Kunnen we daar verder aan werken? Is daarmee rekening gehouden in uw tekst? Die heb ik immers nog niet gezien.

We hebben namelijk recent nog een voorbeeld gehad in Limburg van een jongedame die samen is met een andere dame. Zij kon haar eicellen niet doorgeven na haar chemotherapie omdat haar partner van het vrouwelijke geslacht is. Daarvoor moet dus nog een oplossing gevonden worden.

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, de vraag die u voorgelegd hebt, ging louter over de stand van zaken en over wanneer ik met mijn tekst naar het Parlement zou komen. U brengt

nu echter een aantal inhoudelijke elementen aan waarop ik liever niet meteen inga. Ik stel voor dat we dat debat houden als het wetsontwerp voorligt. U stelt interessante vragen, maar ik zal er nu niet op reageren omdat ik daar niet op voorbereid ben, aangezien ze niet in uw ingediende vraag stonden.

In antwoord op uw ingediende vraag kan ik zeggen dat het wetsontwerp in tweede lezing is goedgekeurd door de ministerraad op 26 mei 2023. Het wetsontwerp is al overgezonden aan de Kamer van volksvertegenwoordigers en ik denk dat we daarover spoedig een grondig debat kunnen hebben.

16.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, de tijd heeft ons ingehaald, waardoor mijn vraag helaas later is gesteld en uw teksten elkaar hebben gekruist.

Ik zou u toch willen vragen om rekening te houden met het verschillende parcours van hetero- en holebikoppels. Ik heb het bekeken en tot heden is dat nog niet het geval.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036757C van mevrouw Farih wordt uitgesteld.

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-invasieve prenatale test (NIPT)" (55036739C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage prénatal non invasif (DPNI)" (55036739C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, sinds 2017 wordt de NIPT, de niet-invasieve prenatale test, terugbetaald in het kader van de opsporing tijdens de zwangerschap van het syndroom van Down, trisomie 21. Ook andere chromosomale afwijkingen kunnen met een dergelijke test worden opgespoord. De test is natuurlijk vrijblijvend, maar het is wel van groot belang dat ouders goed worden geïnformeerd over de betekenis van de test en van de resultaten.

Blijkbaar zijn er nog altijd geen duidelijke randvoorwaarden gekoppeld aan de terugbetaling van de NIPT. Het is niet duidelijk welke afwijkingen al dan niet worden opgespoord en meegedeeld. Sommige ziekenhuizen beperken het aantal afwijkingen strikt, maar bepaalde privélaboratoria leveren blijkbaar heel uitgebreide rapporten over allerlei mogelijke afwijkingen. Wanneer dan een bepaalde afwijking of mogelijke afwijking aan het licht komt, stelt dat de ouders voor een bijzonder moeilijke problematiek, zeker omdat de precieze consequentie niet altijd duidelijk is.

Mijnheer de minister, klopt het dat er momenteel geen of te weinig kwaliteitsvoorwaarden zijn gekoppeld aan de terugbetaling van de NIPT? Klopt het dat het aantal en type chromosomale afwijkingen dat wordt opgespoord, niet gedefinieerd is? Klopt het dat er daarbij verschillen zijn tussen de genetische centra en privélaboratoria? Wordt dat opgevolgd? Waarop wordt getest?

Waaruit moeten de kwaliteitsvoorwaarden volgens u bestaan? Moet er volgens u een beperking komen op het aantal opgespoorde afwijkingen? Op welke manier wordt dat volgens u best bepaald?

Vindt u het belangrijk dat ouders op voorhand weten op welke afwijkingen zal worden getest en wat de implicaties daarvan zijn? Krijgen ouders die informatie tegenwoordig al? Wordt dat opgevolgd?

Bent u van plan werk te maken van een duidelijk kader? Tegen wanneer?

Overlegt u daarover met de deelstaten? Zo ja, wat is het resultaat van dat overleg?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik ben niet helemaal zeker wat u bedoelt wanneer u vraagt om een duidelijk kader vast te leggen, maar ik probeer toch te antwoorden op uw concrete vragen.

Ten eerste, de verstrekkingen uit artikel 33 bis, waartoe de NIPT behoort, moeten zijn uitgevoerd in een laboratorium dat een ISO 15189 of een accreditatie volgens een gelijkwaardige laboratoriumnorm bezit voor de uitgevoerde verstrekkingen. Die laboratoria moeten het bewijs kunnen voorleggen van deelname aan interne en externe kwaliteitscontroles die voldoen aan nationale of internationale kwaliteitsnormen.

De Belgische Accreditatie-instelling (Belac) staat in voor de accreditering van die laboratoria. Daarnaast worden externe kwaliteitsevaluaties van de laboratoria uitgevoerd door Sciensano. Ik kan verwijzen naar de link "Kwaliteit van laboratoria" op de website van Sciensano.

Ten tweede, via de verstrekking van de nomenclatuur wordt enkel het prenataal opsporen van trisomie-21 vergoed. Sommige laboratoria testen ook op andere chromosomale afwijkingen, maar mijn administraties beschikken op basis van de facturatiecijfers niet over de informatie over welke afwijkingen het gaat en of er verschillen zijn tussen enerzijds de genetische centra en anderzijds de privélaboratoria.

Ik vind het inderdaad belangrijk dat ouders op voorhand weten op welke afwijkingen zal worden getest en correct worden geïnformeerd over de implicatie van de uitkomst van de test. Dat is trouwens conform het in de wet op de patiëntenrechten opgenomen recht op geïnformeerde toestemming, een recht dat te allen tijde gerespecteerd moet worden. Ik ga ervan uit dat alle zorgverleners dat goed doorspreken met hun patiënten, voor zij overgaan tot het afnemen van de test.

U vroeg of ik van plan was werk te maken van een duidelijk kader. Het is voor mij niet helemaal helder wat u daarmee bedoelt. De patiënten kunnen beslissen om de tests te laten uitvoeren en het staat al in de regelgeving dat zij goed geïnformeerd moeten worden. Dat maakt deel uit van de goede relatie tussen arts en patiënt.

Ben ik in overleg met de deelstaten? Er is hier misschien een kleine verwarring. Via de interfederale IKW Preventie werk ik samen met de collega's van de deelstaten aan een geïntegreerd beleid voor neonatale screening. Dat staat opnieuw op de agenda voor de vergadering van morgen van de IKW Preventie. Maar het grondig informeren van de patiënten, voorafgaandelijk aan een onderzoek of een test, hoort eigenlijk thuis in kwaliteitsvolle zorg.

De neonatale screening, de NIPT, is eigenlijk een ander verhaal. Misschien is daar verwarring over.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dank u wel. U ziet de kwaliteitsvoorwaarden blijkbaar als iets heel technisch met de technische controles door Belac en Sciensano. Ik denk dat er ook kwaliteitsvoorwaarden zijn inzake het correct informeren van toekomstige ouders over de consequenties van bepaalde testen. Dat bedoel ik ook met dat kader. Er moet veel meer duidelijkheid komen, het moet duidelijker afgebakend worden op welke afwijkingen er kan worden getest en op welke niet. Het recht op het niet weten moet overeind blijven en moet goed worden bewaakt. U gaat ervan uit dat zorgverleners dat allemaal goed afspreken met de patiënten, maar berichten uit de media spreken u daarin tegen: dat blijkt zeker niet altijd het geval te zijn. Vaak worden toekomstige ouders geconfronteerd met grote problemen en emotioneel beladen situaties waarmee ze zich geen raad weten. In die zin hoop ik dat er werk wordt gemaakt van de koppeling van terugbetaling aan correcte informatieverstrekking.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55036764C en 55036765C van mevrouw Sneppe zijn ingetrokken.

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verklaringen van de minister over het dossier Movianto/Medista" (55036777C)

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les déclarations du ministre concernant le dossier Movianto/Medista" (55036777C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in de commissie van 16 mei 2023 stelde ik

u een vraag over de uitgeschreven tender in kader van de covidpandemie in het najaar van 2021 en de daaropvolgende tender in de zomer van 2022. U gaf in uw antwoord aan dat ik in mijn vraagstelling een aantal zaken door elkaar haalde. Ik wil er u op wijzen dat vaccins wel degelijk geneesmiddelen zijn en dat de bepaling in de eerste tender dat deze geneesmiddelen onder temperaturen van -20 of -80 graden zouden moeten kunnen worden bewaard, wel degelijk op vaccins betrekking kan hebben, geneesmiddelen dus.

Ik heb een aantal aanvullende vragen op uw antwoord.

U geeft aan dat de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu tussen de eerste en de tweede tender een marktonderzoek heeft uitgevoerd bij verschillende organisaties, waaronder Movianto. Kunt u mij de lijst bezorgen van alle organisaties waarmee er in het kader van de uitwerking van de tweede tender, en dus in kader van het marktonderzoek, gesproken is?

Kunt u mij ook aangeven wie er aanwezig was van de FOD? Wie stelde het verslag op en aan wie werd er gerapporteerd?

Graag had ik van u het verslag van de vergaderingen ontvangen alsook de data en plaatsen van afspraak.

Kunt u mij bevestigen dat er na de plaatsing van de tender, dus vanaf 20 mei 2022, geen vergaderingen meer plaatsvonden tussen de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en de organisaties die intekenden of tussen uw kabinet en de organisaties die intekenden? Zo niet, wie was aanwezig, waar vonden die vergaderingen plaats en wanneer? Graag had ik ook van deze vergaderingen een verslag ontvangen.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, u moet echt eens overwegen om schriftelijke vragen te stellen.

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, Medista heeft graag dat in deze commissie vragen worden gesteld en dus beantwoord ik ze.

Mevrouw Depoorter, in antwoord op uw eerste vraag, de bedrijven die benaderd werden voor het marktonderzoek met betrekking tot de overheidsopdracht die eind 2021 werd gepubliceerd, zijn de volgende: Cool World, DHL, FedEx Express, Movianto, Pierre Logistics, Raes en ThermoFisher.

Wat uw tweede vraag betreft, bij de vergaderingen met de verschillende bedrijven waren ambtenaren van de dienst Crisisbeheer en consultants van deze dienst aanwezig. Er werd geen verslag van de vergadering opgemaakt tijdens het marktonderzoek, alleen mondelinge uitwisselingen om de partijen op de hoogte te houden van de diensten die de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu nodig had en de mogelijke diensten die zij konden aanbieden. Na die uitwisselingen verstrekten de firma's meer concrete informatie over de diensten die zij konden aanbieden en de prijs daarvan.

In antwoord op uw derde vraag, de vergaderingen vonden plaats tussen eind oktober en begin december 2022 en waren virtueel. Er werden geen verslagen opgesteld van deze vergaderingen.

In antwoord op uw vierde vraag, de vergaderingen die plaatsvonden na mei 2022, met de inschrijvers van de nieuwe tender, die gepubliceerd werd eind 2021, betroffen presentaties, met de individuele presentatie van hun offertes. De verslagen van deze vergaderingen kunnen niet gedeeld worden, aangezien deze commercieel gevoelige informatie bevatten.

18.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, u doet een marktonderzoek, u spreekt met mogelijke klanten en daarvan wordt geen verslag opgemaakt. Dat is toch heel bijzonder. Wanneer er op een bepaald moment een discussie over belangenvermenging of cliëntelisme ontstaat, hoe kunt u dan bewijzen dat er geen tender is geschreven op maat van de ene of de andere aanbieder?

Ik blijf het bijzonder vinden. In uw vorig antwoord zei u dat deze tender over geneesmiddelen ging en

niet te maken had met de vaccins. Eigenlijk geeft u hier nu aan dat het wel over de vaccins ging. U hebt immers duidelijk en heel gegrond onderzocht wat mogelijk was en wat niet mogelijk was.

Ik blijf het ook bijzonder vinden dat u zegt dat nadien de prijs en de mogelijkheden van de firma's mondeling zijn meegedeeld. Is daarvan ook geen verslag? Of heeft men dat niet doorgemailed?

Mijnheer de minister, dit is weer een antwoord waaruit men niet veel wijzer wordt. Dat zijn wij in dit dossier een beetje van u gewoon. U geeft ook niet aan wie van de FOD aanwezig was, wie die beslissingen genomen heeft. U geeft niet aan aan wie er gerapporteerd werd. Met andere woorden, hoe was uw kabinet hierbij betrokken, hoe was u op de hoogte? Ik zeg u met betrekking tot dit dossier reeds langer dat u soms wat blaasjes wijsgemaakt zijn.

U kunt hier natuurlijk zeggen wat u wilt, want u hebt geen schriftelijke verslagen. Noemt u dat goed bestuur? Vermits het gaat over miljoenen aan belastinggeld, zou ik aandringen dat u in het vervolg toch beter een beetje voorzichtiger bent.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De open brief van Zorgpunt" (55036778C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lettre ouverte de Zorgpunt" (55036778C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Zorgpunt, een samenwerking met 300 zelfstandige apothekers en zelfstandige thuisverpleegkundigen, lanceerde onlangs een open brief waarin aangekaart werd dat de mutualiteiten door de exploitatie van verlieslatende nevenactiviteiten in de vorm van bijvoorbeeld verhuur van thuiszorgmateriaal een gezonde concurrentie verhinderen. Bovendien wordt op die manier de toegang tot hoogwaardige dienstverlening in de vorm van thuiszorgmateriaal en dienstverlening aan de patiënt onder embargo gezet, omdat private initiatieven zich moeilijk kunnen ontplooien wegens deze toch oneerlijke concurrentie. Eerder al werd bijvoorbeeld de CM op de vingers getikt door kortingen die werden gegeven op incontinentiemateriaal aan uitsluitend patiënten aangesloten bij de CM die hun materiaal bij de Goed apotheek gingen kopen.

De prijs van de huur van een elektrisch ziekenhuisbed met zijsponden en zelfoprichter verschilt sterk. Ik heb u de prijzen meegedeeld. Voor een maand huur betaalt een CM-lid veel minder dan een niet-CM-lid, met 70 euro verschil. Een Solidarislid betaalt de helft van een niet-Solidarislid. Een Helanlid betaalt ongeveer de helft van een niet-Helanlid. De prijs die Zorgpunt heeft berekend als zijnde een valabele prijs die niet verlieslatend zou zijn, is 52 euro per maand. Dat is dus bijna het dubbele, of zelfs meer dan het dubbele van wat bijvoorbeeld de CM vraagt.

Vindt u het deontologisch aanvaardbaar dat ziekenfondsen verlieslatende nevenactiviteiten hebben?

Onlangs werd in de pers bekendgemaakt dat de CM-groep middelen versluisd heeft naar de verlieslatende Goed apotheken en Goed thuiszorgwinkels. In hoeverre oordeelt u dat de publieke middelen die aan de mutualiteiten worden uitbetaald dienen om verlieslatende apotheken of thuiszorgwinkels te sponsoren?

In hoeverre is het verlenen van korting voor thuiszorgmateriaal in regel met de wetgeving? Patiënten die lid zijn van de mutualiteit worden bevoordeeld wanneer zij een ziekenhuisbed bij de mutualiteit lenen. Wanneer diezelfde patiënten zich zouden richten tot een huisapotheker, dan zouden zij niet van dit voordeel kunnen genieten. Vindt u dit deontologisch verantwoord? Is dit conform de wetgeving?

Hebt u de open brief van Zorgpunt ontvangen? Wat was uw reactie? Zat u ondertussen samen met de organisatie?

In het kader van de door u genomen beslissing om meer in te zetten op daghospitalisatie zal er nood zijn aan voldoende thuiszorgmateriaal. In hoeverre bent u bereid om ervoor te zorgen dat elke patiënt gelijke rechten heeft, onafgezien van de mutualiteit waarbij hij of zij is aangesloten?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik wil eerst nog dit in herinnering brengen. Het overheidsgeld dat de ziekenfondsen ontvangen voor de uitvoering van de taken van de verplichte ziekteverzekering kan alleen worden gebruikt voor de hen bij wet betreffende de verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van 1994 toevertrouwde taken. Het gaat dus om middelen om de uitkeringen van arbeidsongeschiktheid te verstrekken en de kosten van geneeskundige verzorging terug te betalen. Hiervoor ontvangen de ziekenfondsen een budget dat dient voor de dekking van hun administratiekosten. Met deze middelen mogen de door u geciteerde derden niet worden gefinancierd. Laat dat heel duidelijk zijn. Dat is een belangrijk principe.

Naast hun taken in het kader van de verplichte ziekteverzekering bieden de ziekenfondsen aan hun leden nog voordelen aan binnen hun aanvullende verzekering die door de bijdrage van hun leden worden gefinancierd. De ziekenfondsen kunnen voor het aanbieden van deze voordelen samenwerken met derden die op het terrein over de nodige expertise beschikken en daardoor beter op de noden van de leden kunnen antwoorden. Dat is te lezen in artikel 43 van de wet van 6 augustus 1990.

Het is in dit kader dat de CM-ziekenfondsen inderdaad samenwerken met Goed hulpmiddelen en Goed farma en dat hun leden genieten van een voordeeltarief.

Een ziekenfonds kan vanuit de aanvullende verzekering ook leningen toestaan aan derden waarmee wordt samengewerkt overeenkomstig de regels die zijn vastgesteld in het KB van 13 november 2022. Concreet mag maximaal 25 % van het werkkapitaal van de diensten van de aanvullende verzekering voor het toekennen van dergelijke leningen worden aangewend.

Voor uw vragen over de mededinging moet ik u verwijzen naar minister Dermagne, die bevoegd is voor de mededinging.

Ik vat het nog eens samen. Ten eerste, de door u aangehaalde toekenningen van kortingen voor thuiszorgmateriaal door de CM hebben geen betrekking op de verplichte verzekering, maar op diensten van de aanvullende verzekeringen die de ziekenfondsen organiseren en waarvan de voordelen en de voorwaarden om ze te verkrijgen op een soevereine wijze in de statuten zijn opgenomen.

Ten tweede, dergelijke voordeeltarieven die aan de leden worden aangeboden om te kunnen genieten van voordelen van de aanvullende verzekering passen in de wettelijke doelstellingen van de ziekenfondsen, namelijk de doelstelling om fysiek, psychisch en sociaal welzijn te bevorderen in een geest van voorzorg, onderlinge hulp en solidariteit. Dat staat in artikel 2 van de ziekenfondswet.

Ten derde, de wet voorziet trouwens in de mogelijkheid voor mutualistische entiteiten om samen te werken met derden om hun voordelen van de aanvullende verzekering te organiseren voor de uitvoering van de opdrachten die hun door een wet, een decreet of een ordonnantie worden toevertrouwd.

Het is de algemene vergadering van elke entiteit, samengesteld uit verkozen vertegenwoordigers van de leden, die beslist over de door de betrokken entiteit toegekende voordelen in het kader van de aanvullende verzekering en over de voorwaarden waarop die voordelen worden toegekend alsook over het feit of voornoemde samenwerkingen met derden opportuun en in het belang van de leden zijn.

Wat de thuishospitalisatie betreft, klopt het dat in meer en meer gevallen een behandeling in een klassiek ziekenhuis wordt vervangen door een behandeling in een dagziekenhuis. Binnenkort is er ook de thuishospitalisatie. Het klopt ook dat in een aantal gevallen gedurende een aantal dagen na de ingreep in het dagziekenhuis ook nazorg nodig is in de thuissituatie. Vanuit de verplichte verzekering wordt in die gevallen ingezet op de zorg, de medicatie en de medische hulpmiddelen die de zorg rechtstreeks ondersteunen en waarvoor tegemoetkomingen zijn voorzien.

19.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, verlieslatende activiteiten zijn in ons land verboden. Niet alleen de CM, maar ook de andere mutualiteiten die ik heb vermeld, verhuren en verkopen ziekenhuisbedden met verlies, maar u hebt niet geantwoord op mijn vraag daarover.

Ik heb u ook gevraagd of u dat deontologisch verantwoord vindt. Blijkbaar vindt u het oké dat de ene

patiënt meer zal moeten betalen dan de andere patiënt. Dat past natuurlijk volledig in uw ideologie. Ik weet dat u het niet zo hebt voor de zelfstandige zorgverstrekkers. U vindt het veel beter dat zij in een concern gaan werken en dat de Staat daarover zijn zegje kan doen, maar zou u de mutualiteiten, als die voordelen aan hun leden willen geven, niet veel beter aanmoedigen om samen te werken, ook met de zelfstandigen die zich hebben verenigd, bijvoorbeeld in een Zorgpunt?

U hebt er zelf voor gezorgd dat er meer daghospitaalsaties zullen plaatsvinden en dat er dus meer nood aan thuiszorg zal zijn. U geeft dat zelf toe. Zorg er dan ook voor dat het hele zorgspectrum effectief kan deelnemen aan de thuiszorg voor patiënten en dat de patiënt – dat is heel belangrijk – vrijheid van zorgverstrekker heeft. In de structuren die u verdedigt, die dik betaald worden door de belastingbetaler en geld doorsluizen – u hebt daar allerlei wetjes voor gecreëerd – naar verlieslatende apotheken en thuiszorgmiddelen, is de patiënt op den duur de dupe. Daarin zal de patiënt niet aan de nodige zorg raken. Veel beter dan polariseren, is samenwerken en ervoor zorgen dat het hele zorgspectrum wordt opgenomen in de zorg van de patiënt.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

20 Vraag van Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van Sciensano over de mondkmaskers" (55036800C)

20 Question de Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de Sciensano portant sur les masques buccaux" (55036800C)

20.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): *Op de website van Sciensano werd deze maand een nieuw rapport gepubliceerd betreffende het onderzoek dat is gevoerd naar deze zilver-gebaseerde biociden en ook titaniumdioxide (TiO₂) nanopartikels in mondkmaskers; nl. de TiO₂Mask en AgMask COVID19 projecten.*

Hoewel het rapport niet in twijfel trekt dat het dragen van gezichtsmaskers een belangrijke gezondheidsbeschermingsmethode is in de controle van infectieuze agentia, stelt het wel – opnieuw - vraagtekens bij de aanwezigheid zilver gebaseerde biociden en titaniumdioxide nanopartikels in sommige mondkmaskers.

Er wordt aangegeven dat een negatieve impact op de gezondheid van de dragers van mondkmaskers behandeld met deze stoffen niet kan uitgesloten worden;

Eenzijds suggereert literatuur dat blootstelling aan zilver, en in het bijzonder onder de vorm van nanopartikels, een negatieve impact kan hebben op de gezondheid.

TiO₂ is bovendien geclassificeerd als een carcinogeen bij inhalatie (Carc. 2, H351 (inhalation)).

Gezien zilver-gebaseerde biociden en/of TiO₂ partikels niet noodzakelijk zijn voor een goede functie van mondkmaskers en gezien er bezorgdheden bestaan omtrent de veiligheid van deze substanties, moet het voordeel van hun gebruik gebalanceerd worden tegen de mogelijke toxiciteit door inhalatieblootstelling. Helaas blijkt net deze inhalatieblootstelling moeilijk te bepalen.

Desalniettemin geeft het rapport toch een aantal duidelijke aanbevelingen, zoals verder onderzoek, een expertisecentrum en referentielabo van surveillance en evaluatie en standaarden en regelgevende limieten voor chemische stoffen zoals biociden en nanopartikels in mondkmaskers.

Ik deel de bezorgdheid van Sciensano dat een degelijke wetenschappelijke kennis en goed reguleren hier absoluut noodzakelijk is. Vandaar mijn volgende vragen:

Welke gevolgen zal u geven aan deze studie van Sciensano en de aanbevelingen die gemaakt worden? Wordt bijkomend onderzoek voorzien?

Wordt de opstart van een expertisecentrum evenals een referentie labo voorzien, zoals wordt aanbevolen in het rapport?

Wordt een regelgevend kader opgesteld voor mondkmaskers – zowel de mondkmaskers voor professioneel (medisch en niet medisch) gebruik als voor gebruik door de algemene bevolking? En welke timing voorziet u hiervoor?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: *Mevrouw Creemers, u vraagt welke gevolgen ik zal geven aan de studie van Sciensano en aan de aanbevelingen. Sciensano heeft inderdaad de projecten AgMask en TiO₂Mask afgerond. In overleg met de minister van Leefmilieu zal ik de verschillende mogelijkheden voor de follow-up van dit onderzoek en de beste oplossingen analyseren.*

Sciensano heeft momenteel geen vervolgonderzoek voor AgMask lopen in België. Daarnaast werkt Sciensano op zeer beperkte schaal samen met Franse onderzoeksinstituten aan een project dat gefinancierd wordt door de Franse overheid.

Voor AgMask-18 dat als medisch hulpmiddel op de markt werd gebracht, heeft het FAGG de nodige stappen gezet om de commercialisatie van dit masker stop te zetten en werd een *field safety corrective action* uitgevoerd. Die actie bestond uit een recall van de betrokken maskers. Alle gebruikers werden op de hoogte gesteld van de mogelijke gevaren bij het verder gebruik van deze maskers. Wat de betekenis is van die gevaren, in welke mate er risico's zijn, is allemaal goed uitgelegd door Sciensano, dat zal ik hier niet herhalen. De mensen werden op de hoogte gesteld. Daarnaast heb ik het rapport ook bezorgd aan de Europese Commissie, zodat die deze informatie kan delen en er extra onderzoeksresultaten rond kan verzamelen.

Ik kom dan tot uw tweede vraag, over de opstart van een expertisecentrum en een referentielab, zoals aanbevolen in het rapport. Sciensano werkt met eigen middelen verder aan de uitbouw van een expertisecentrum rond de karakterisering en risicoanalyse van nanodeeltjes. Ik begrijp dat Sciensano dat belangrijk vindt en dus ook de nood om dat verder uit te bouwen onder de aandacht brengt. Dat ligt natuurlijk naast andere projecten die ook om middelen vragen. De verdere operationalisering van het centrum moet nog verder worden uitgewerkt door Sciensano. Dat is de concrete stand van zaken.

Uw volgende vraag is of ik een regelgevend kader wil opstellen en wat dan het tijdspad is. Wat het regelgevingskader betreft, heb ik met minister Khattabi en minister Dermagne een ontwerp van koninklijk besluit opgesteld. Dit besluit vereist de kennisgeving van bepaalde artikelen die nanodeeltjes bevatten en die op de Belgische markt worden gebracht voor de consument. Mondmaskers behoren tot een van de vijf geselecteerde categorieën van artikelen.

Voorzitter: Sofie Merckx.

Président: Sofie Merckx.

Hoewel de studie van Sciensano specifiek gericht is op titaniumdioxide en zilver in nanoparticulaire vorm, kunnen andere nanomaterialen aanwezig zijn in dit soort artikelen. Door de kennisgeving van bepaalde categorieën en artikelen hebben we een beter beeld van het soort nanomaterialen en van de potentiële blootstelling eraan van de Belgische bevolking. Er kunnen maatregelen worden genomen met betrekking tot het potentiële risico van bepaalde artikelen. Momenteel moet dit besluit nog worden besproken met de collega's van de federale regering. In dit stadium is de voorgestelde inwerkingtreding voor de kennisgeving van artikelen die nanodeeltjes bevatten januari 2025.

Voor de maskers die als medisch hulpmiddel op de markt worden gebracht, de chirurgische mondmaskers, bestaat er al zeer strenge Europese wetgeving, verordening 2017/745, die onder andere de controle op nanopartikels omvat en die bij gebruik van nanopartikels certificatie door een aangemelde instantie vereist. Na analyse werd geconcludeerd dat er voor deze maskers geen bijkomende nationale wetgeving noodzakelijk is. Er werd wel contact opgenomen met het technisch comité dat verantwoordelijk is voor de ISO-standaard EN14683, met de vraag om het biologische risico door inhalatie toe te voegen aan de nieuwe versie van de standaard, die momenteel in opmaak is.

20.03 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het laatste wat u zei, is volgens mij zeer belangrijk. U gaf aan dat we op Europees niveau naar die ISO-standaarden moeten kijken en nagaan of er geen biologisch risico is bij inhalatie. Dat is net wat ik uit die studie haal, namelijk dat er mogelijk een probleem is met titaniumdioxide en zilverdeeltjes, nanodeeltjes, bij inhalatie. Als ik de studie goed gelezen heb, geldt dat voor alle maskers die ze onderzocht hebben. Ik heb vorige week dezelfde vraag gesteld aan minister Khattabi en zij deelde mee dat ze al een vervolgstudie besteld had. Ik hoop dat hier meer onderzoek naar wordt gedaan, want we zullen die maskers sowieso nog nodig hebben. U verwees naar die chirurgische maskers en er is een beroepsgroep die deze maskers nog elke dag draagt. We kunnen het ons dus niet veroorloven om daar geen verder onderzoek naar te doen.

Ik hoorde u zeggen dat het nieuw koninklijk besluit in januari 2025 van kracht zou moeten worden.

Het stelt me een beetje teleur dat Sciensano een eigen studie naar nanodeeltjes wil uitvoeren. Ik hoorde

u net niet zeggen dat het hen goed uitkomt om meer onderzoek te vragen, want dan kunnen daar middelen aan besteed worden. Ik denk dat wij het verplicht zijn om daar in vredetijd heel veel aandacht aan te besteden, want als er een biologisch risico bestaat bij inhalatie, dan moeten wij die maskers veel strenger beoordelen. Daar komen we dus zeker nog op terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[21] Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot de arbeids- en loonvoorwaarden van de ASO's" (55036804C)

[21] Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne les conditions de travail et de rémunération des MSF" (55036804C)

[21.01] Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, in 2021 werden een aantal stappen vooruit gezet met betrekking tot de arbeids- en loonvoorwaarden van de arts-specialisten in opleiding. Zo werd een collectieve arbeidsovereenkomst afgesloten, waarbij er ook een bijkomend budget van 30 miljoen euro werd vrijgemaakt voor de ziekenhuizen om de loonvoorwaarden van de ASO's te verbeteren. Elke 2 jaar zou de CAO worden herzien. De eerste evaluatie zal dus ongeveer nu plaatsvinden.

Ik heb daarrond een aantal vragen.

Werd de 30 miljoen euro die werd vrijgemaakt voor betere loonvoorwaarden van de ASO's ook effectief voor dat doel aangewend? Indien niet, waarvoor werden de middelen dan aangewend?

Hoe staat het met de onafhankelijke uurregistratietool, waarvan sprake was? Is die ondertussen overal operationeel?

Hoe staat het met de andere afspraken die werden gemaakt binnen de cao? Worden die stevast opgevolgd of zijn daar nog verbeterpunten? Kunt u dat toelichten?

Hoe staat het met de pensioen- en werkloosheidsregeling die nog zou worden bekeken? Worden daar stappen gezet?

[21.02] Minister Frank Vandenbroucke: Het antwoord op uw eerste vraag luidt als volgt. In het kader van de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021 werd een financiële envelop van 30 miljoen euro toegekend via het budget van financiële middelen betreffende de arts-specialisten in opleiding om de meerkosten van de cao te dekken.

In een eerste beweging werd dit bedrag verdeeld pro rato het aantal arts-specialisten in de ziekenhuizen, op basis van de gegevens verstrekt door de ziekenhuizen. Momenteel worden onder andere de loonmassa's van de arts-specialisten in opleiding bij de ziekenhuizen voor de jaren 2021 en 2022 met elkaar vergeleken, teneinde na te gaan of bijstellingen nodig zijn.

Daarnaast zijn de stageovereenkomsten van alle Belgische ziekenhuizen opgevraagd. Zij werden getoetst aan de eisen van de overeenkomst van 19 mei. Deze extra controle moet ziekenhuizen ertoe aanzetten aan deze eisen te voldoen ter bescherming van de ASO's.

U vraagt vervolgens hoe het met de onafhankelijke uurregistratie staat. De tijdsregistratietool is in volle ontwikkeling en maakt momenteel verschillende testfases door met de betreffende doelgroep van artsen-specialisten in opleiding. Zowel de ontwikkelaar van de tool als de gebruikers ervan werken nauw samen, om het gewenste duurzame systeem te ontwikkelen en te implementeren, met als doel in het studiejaar 2023-2024 het tijdsregistratiesysteem in gebruik te hebben.

In uw derde vraag vraagt u hoe het met de andere afspraken staat. Er zijn, zoals u weet, tussentijdse evaluaties van de overeenkomst gebeurd in samenwerking met de stakeholders. Daaruit blijkt dat,

hoewel andere actoren stappen zetten om de overeenkomst in de praktijk om te zetten, nog niet alle knelpunten van de baan zijn. Zoals afgesproken, wordt uiterlijk in 2023 een grondige evaluatie van de overeenkomst van 19 mei 2021 gepland. De stakeholders zullen daarvoor binnenkort worden uitgenodigd.

De arbeidsomstandigheden van de ASO's bevatten veel aspecten. Ze vallen niet allemaal onder de bevoegdheid van Volksgezondheid, maar ik moedig natuurlijk ook mijn andere collega's, onder meer de heer Pierre-Yves Dermagne, aan om in dat dossier maximaal vooruitgang te boeken.

Uw laatste vraag ging over het pensioen werkloosheid. Na overleg met de betrokken partners blijkt als middel tot het verbeteren van de sociale bescherming van de ASO's en de HAIO's een verhoging van het bedrag van het sociaal statuut de meest aangewezen keuze. Daarom werd het sociale voordeel voor die groep opgetrokken ten aanzien van het algemene standaardbedrag voor de artsen. Het sociaal statuut voor de artsen in opleiding bedroeg voor 2020 6.289,70 euro, voor 2021 6.351,21 euro en voor 2022 6.401,38 euro.

Een nieuwe extra verhoging werd voorzien voor het premiejaar 2023. Een extra budget van vijf miljoen euro werd daarvoor vrijgemaakt. Het sociaal statuut voor de artsen in opleiding zal daardoor 7.465,04 euro bedragen. Een ontwerp van koninklijk besluit in die zin werd positief geadviseerd door het Verzekeringscomité van het RIZIV op 6 februari 2023. Het volgt momenteel het administratieve en budgettaire proces.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, dat bedrag van 30 miljoen euro is nu toch al twee of drie jaar uitgekeerd aan de ziekenhuizen. Het komt terecht in het budget financiële middelen. Indien ik u goed heb beluisterd, is er blijkbaar een vermoeden dat niet de hele som naar de loonmassa van de ASO's is gegaan.

Ik hoor dat de stageovereenkomsten worden opgevraagd. Ik vind het heel gek dat dit pas nu allemaal gedaan wordt. Als zou blijken dat er inderdaad minder naar de ASO's is gegaan, stel ik voor dat wat onrechtmatig naar de ziekenhuizen is gevloeid, teruggaat, en dat er wordt bekeken of men geen werk kan maken van die pensioen- en werkloosheidsregeling. Ik merk immers dat daar weinig animo voor is. Dat idee wordt door u eigenlijk geparkeerd.

De tijdsregistratie is een essentiële tool om zicht te kunnen krijgen op de werkelijk gepresteerde uren. Dat die nog altijd in ontwikkeling is, vind ik een beetje vreemd. Het duurt wel heel erg lang. Ik dring erop aan dat er schot in de zaak komt.

Over de tussentijdse evaluatie zegt u dat nog niet alle knelpunten geremedieerd zijn. Controles, controles, controles, zijn het enige wat een mentaliteitswijziging en een wijziging in de praktijk kunnen bewerkstelligen. Ik zal er bij minister Dermagne op aandringen dat er inderdaad controles plaatsvinden op de werkvloer.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het einde van de papieren getuigschriften" (55036805C)

22 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fin des attestations de soins papier" (55036805C)

22.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in februari 2018 werd het elektronisch getuigschrift, het eAttest, ingevoerd voor huisartsen, in 2019 volgden de tandartsen, in 2021 de specialisten. Voor kinesitherapeuten staat het elektronisch getuigschrift in de steigers voor het najaar van dit jaar. Dat is goed nieuws, want de facturatie en boekhouding van zorgverleners wordt automatisch en eenvoudiger en er volgt een snellere terugbetaling door de ziekenfondsen.

Daarnaast werd in 2022 ook de e-Facturatie, eFact, ingevoerd, waarbij de patiënt zelf enkel het remgeld moet betalen. De cijfers wijzen ook op een exponentiële groei van elektronische stromen bij huisartsen,

tandartsen en artsen-specialisten. Dat is opnieuw goed nieuws. De digitalisering zet zich dus verder.

Dankzij een volledig digitaal circuit kan ook de derde-betalersregel voor alle patiënten worden veralgemeend. Dat is cruciaal voor de toegankelijkheid van de zorg, alsook voor de transparantie en de verhoging van de conventiegraad. Nu alles digitaal en geautomatiseerd kan verlopen, hebben zorgverleners geen financiële argumenten meer om de derde-betalersregel niet toe te passen, aangezien zij immers vrijwel automatisch een terugbetaling van de ziekenfondsen ontvangen. Een algemene derde-betalersregeling is in Europa ook meestal de regel en leidt niet tot overconsumptie.

Tariefzekerheid, transparantie en de veralgemening van de derde-betalersregel zijn voor onze fractie patiëntenrechten.

Mijnheer de minister, wat is uw standpunt over een veralgemening van de derde-betalersregel voor alle patiënten en op termijn, parallel aan de digitaliseringsgolf per sector, bij alle zorgverleners? Welke stappen zult u deze legislatuur nog zetten om de toepassing van de derde-betalersregel te verbeteren en/of uit te breiden? Welke stappen zult u deze legislatuur nog zetten om de IT-ontwikkeling bij de ziekenfondsen en MyCareNet te versnellen? Welke stappen zult u deze legislatuur nog zetten ter remediëring van klassieke digitaliseringsproblemen? Ik heb het dan over de aanpassing van de software van zorgverleners, de vrijwaring van *business continuity* van eHealth-basisdiensten en MyCareNet en het uit de wereld helpen van de syndicale weerstand bij bepaalde beroepsverenigingen.

De **voorzitster**: Mevrouw Pisman, u hield een mooi pleidooi voor de derde-betalersregeling. Spijtig genoeg stemde u daarstraks wel tegen mijn wetsvoorstel daaromtrent.

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, uw vraag vestigt onze aandacht op iets dat inderdaad essentieel is. Digitalisering, eHealth, e-facturatie, dat betreft niet louter technische projecten. Die hebben een enorm potentieel om patiënten en zorgverleners beter te helpen en om de derde-betalersregeling overal toepasbaar te maken. Ik vind dat we uw onderliggende argument, namelijk dat de technische ontwikkeling een sociaal doel moet dienen en dient, enigszins onderschatten in het debat. Ik ben dus erg blij met die insteek.

Tot eind 2021 was het voor artsen, tandartsen en logopedisten niet mogelijk om voor al hun verstrekkingen en voor al hun patiënten toepassing te maken van de derde-betalersregeling. We hebben dat verbod met ingang van 1 januari 2022 opgeheven. Sindsdien is het voor alle zorgverleners mogelijk om de derde-betalersregeling toe te passen, bij alle patiënten.

Het RIZIV onderzoekt, samen met de verzekeringsinstellingen voortdurend hoe drempels voor zorgverleners om toepassing van de derde-betalersregeling te maken, kunnen worden weggewerkt. Zo wordt er werk gemaakt van richtlijnen voor de verzekeringsinstellingen om ervoor te zorgen dat bedragen die werden uitbetaald aan zorgverleners in het kader van de derde-betalersregeling, niet worden teruggevorderd, als de zorgverlener niet wist of niet kon weten dat de vergoedingsvoorwaarde niet vervuld is. Voorts loopt er een denkoefening bij het Nationaal Intermutualistisch College om een tariefmodule, eTar, in het kader van de elektronische derde-betalersregeling, eFact, aan te bieden aan artsen-specialisten.

Het RIZIV heeft een overeenkomst op basis van artikel 56 gesloten met het Nationaal Intermutualistisch College en de verzekeringsinstellingen om een aantal nieuwe ontwikkelingen in het kader van MyCareNet te financieren in 2023. In dat kader wordt ook de sector van de logopedie gedigitaliseerd, weliswaar ten vroegste in 2024.

Daarnaast zal in de loop van 2023 worden onderzocht welke stappen er kunnen worden gezet om de facturatie van stomamateriaal te digitaliseren en toe te werken naar een gecentraliseerde implementatie van het stomakafje.

Bij digitaliseringsprojecten spelen verschillende *stakeholders* een belangrijke rol. Zowel het RIZIV, het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) als de verzekeringsinstellingen houden rekening met de verschillende *stakeholders* en betrekken hen zo nauw mogelijk bij de projecten. Zo wordt de digitalisering van een sector courant vormgegeven in het kader van een werkgroep die wordt opgericht bij de bevoegde akkoorden- of overeenkomstencommissie van het RIZIV en waarin zowel de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties als die van de verzekeringsinstellingen zitting hebben.

Overleg met de softwareleveranciers vindt plaats in de commissie voor Informatieverwerking van het RIZIV, maar het NIC organiseert ook workshops voor softwareleveranciers om een digitaliseringsproject toe te lichten.

Op het vlak van de *business continuity* van de MyCareNet-diensten bevat de voormelde artikel 56-overeenkomst *service level objectives*. Voor de eHealth-basisdiensten bestaat een business-continuityplan, dat kan worden geraadpleegd op de website van het eHealth-platform.

Het betreft dus geen precieze kalendermomenten of nauwkeurige stappen, maar het is toch een verzameling van belangrijke inspanningen die cruciaal zijn in het verhaal van de derde-betalersregeling. Als we vooruitgang willen boeken, is digitalisering een essentiële voorwaarde.

22.03 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, u bent dus ook voor een veralgemening van het derde-betalerssysteem, aangezien u verklaart dat de techniek in dienst daarvan voort zal worden ontwikkeld.

Overigens moet techniek in alle dossiers altijd ten dienste van de mens staan en in dit geval van de patiënt en de toegang tot de gezondheidszorg. Vanmorgen hebben we niet voor de gratis regeling gestemd, maar daarom zijn we niet tegen de veralgemening van het derde-betalerssysteem.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

23 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De reclame van GSK" (55036789C)

23 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publicité diffusée par GSK" (55036789C)

23.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, op zich is er niets fout met een tv-spot die ouders ertoe aanzet om hun kinderen te laten vaccineren tegen meningokokken B, ware het niet dat de spot geen sensibiliseringsactie is van de overheid, maar wel van het bedrijf dat het vaccin tegen meningokokken B produceert. Dit is dus een reclamespot voor een geneesmiddel op voorschrift, wat bij wet verboden is. GSK doet het af als zijnde een bewustmakingscampagne, want er is nergens een verwijzing naar het bedrijf en er wordt uitdrukkelijk op gewezen dat het om een privé-initiatief gaat, aldus het farmabedrijf. Nochtans stond op het filmpje dat wij te zien kregen wel degelijk de naam van het farmabedrijf en was de verwijzing naar het privé-initiatief nergens te vinden.

Het FAGG gaf toestemming voor dergelijke reclamecampagne. Gaat u akkoord met de visie van het FAGG en het desbetreffende bedrijf dat dit geen reclamespot is?

Waar ligt de grens tussen reclamespot of niet?

Zelfs als het om een loutere bewustmakingscampagne zou gaan, schept dit dan geen precedent voor andere producten van andere farmabedrijven?

In advies nr. 9485 van de Hoge Gezondheidsraad in verband met de vaccinatie tegen meningokokken B beveelt de Hoge Gezondheidsraad aan om jonge kinderen en adolescenten te vaccineren tegen meningokokken W en Y, met gebruik van een geconjugerd vaccin tegen meningokokken A, C, W en Y. De Hoge Gezondheidsraad stelt voor om in het basisvaccinatieschema niet meer het monovalent vaccin tegen meningokokken C te gebruiken, maar een quadrivalent, geconjugerd vaccin tegen de varianten A, C en W. Over vaccinatie tegen de B-variant is het advies van de Hoge Gezondheidsraad ongewijzigd gebleven. Systematische vaccinatie wordt niet aanbevolen, maar vaccinatie kan op individuele basis worden overwogen voor kinderen van 2 maanden tot 5 jaar of voor adolescenten tussen 15 en 19 jaar en wordt aangeraden voor risicogroepen. Vanwaar komt dan deze bewustmakingscampagne?

Kloppen de cijfers zoals meegegeven in de reclamespot?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De regelgeving inzake de publiciteit van geneesmiddelen laat toe dat private firma's informatiecampaagnes over de menselijke gezondheid of een menselijke ziekte opzetten. De inhoud daarvan moet juist zijn en deze campagnes moeten het rationele gebruik van geneesmiddelen bevorderen door een objectieve voorstelling van zaken. Farmaceutische bedrijven mogen echter geen reclame maken voor een geneesmiddel op voorschrift. Het vaccin tegen meningitis is een geneesmiddel op voorschrift.

De televisiespot over de meningokokkenvaccinatie is voorgesteld in een informatiecampaagne van het farmaceutisch bedrijf GSK om het publiek te informeren over de risico's van meningokokkenmeningitis en over het feit dat deze ziekte door vaccinatie kan worden voorkomen.

Het belangrijkste verschil tussen een reclame voor geneesmiddelen en een informatiecampaagne bestaat erin dat bij een informatiecampaagne het geneesmiddel niet mag worden genoemd. Evenmin wordt in informatiecampaagnes die op tv of op de radio worden uitgezonden de naam van het farmaceutisch bedrijf vermeld. In de plaats daarvan moet worden aangegeven dat het om een privaat initiatief gaat zodat het publiek niet ten onrechte denkt dat het om een initiatief van de overheid gaat. In deze tv-spot werd wel degelijk aangegeven dat het om een privaat initiatief gaat.

Op uw vragen vier en vijf kan ik het volgende zeggen. Het FAGG heeft inderdaad het visum voor deze communicatie gegeven die door de firma een informatiecampaagne wordt genoemd en dat op advies van de Commissie van Toezicht op de reclame voor geneesmiddelen. Het FAGG bevestigt dat de cijfers die gegeven zijn in de reclamespot correct zijn en bevestigd worden door rapporten van de WGO en Sciensano.

De commissie en het FAGG zeggen mij dat een van de doelstellingen van de informatiecampaagne van GSK erin bestond om het publiek te informeren dat zelfs als kinderen goed gevaccineerd zijn tegen meningitis, meestal is dat type B, ze niet noodzakelijk immuun zijn voor alle types meningitis: de types A, C, W en Y. Er zou dus geen tegenstrijdigheid zijn met het advies van de Hoge Gezondheidsraad.

Mevrouw Snelpe vraagt of ik het eens ben met de onderliggende visie van het bedrijf dat dit helemaal geen reclame is. Wel, als minister van Volksgezondheid vind ik eerlijk gezegd dat deze casus wel aantoonde dat de huidige regelgeving op het gebied van informatiecampaagnes aan een evaluatie toe is. We zien hier inderdaad een informatiecampaagne, dat is toegelaten en conform de regels, maar dit is een informatiecampaagne voor een geneesmiddel op voorschrift door een firma die per definitie belang heeft bij een toename van de verkoopcijfers van dit geneesmiddel.

Dit betekent dat de doelstelling toch niet helemaal helder is. Zeker wat deze casus betreft, met name vaccinaties voor zeer jonge kinderen, waarbij een belanghebbende firma op het geweten van de ouders inwerkt, is dit voor discussie vatbaar. Is de doelstelling hier eigenlijk nog wel helder?

Ik heb dan ook een evaluatie en een onderzoek gevraagd van hoe wij de reglementering in de toekomst kunnen optimaliseren om meer duidelijkheid te hebben en om maximaal voorzichtig te kunnen optreden in dergelijke kwesties.

23.03 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord. Ik ben blij dat wij een beetje op dezelfde golflengte zitten. Er is inderdaad een nogal brede grijze zone waar de farma-industrie gretig gebruik van maakt.

Inderdaad, als de inhoud juist is en de inhoud objectief wordt voorgesteld, gaan zij niet in tegen de regelgeving. Maar ik juich uw initiatief toe die regelgeving te evalueren, en hopelijk ook aan te passen, zodat het niet de farmabedrijven zijn die zogezegde bewustmakingscampagnes voeren voor hun eigen producten, maar dat het de overheid is die de bewustmakingscampagnes voert.

Als u de regelgeving dus wil aanpassen, zult u in ons bondgenoten vinden.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

24 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De op tieners gerichte e-sigaretten" (55036841C)

24 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cigarettes électroniques pour adolescents" (55036841C)

24.01 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, de tabaksindustrie wordt steeds creatiever en lijkt meer en meer de grenzen op te zoeken van het legale. Van een SpongeBob tot kleurrijke ijsjes, op TikTok duiken er steeds meer beelden op van wegwerp-e-sigaretten die lijken op onschuldig speelgoed. Het is onaanvaardbaar dat de tabaksindustrie haar winstmarges probeert te beschermen door zich te richten op tieners, die zo makkelijker verslaafd raken aan nicotine.

U werkt aan een verbod op de elektronische wegwerpsigaret. Dat is terecht, maar daar mag het volgens ons niet bij blijven. Zo'n verbod zal immers niet voorkomen dat burgers dergelijke producten aankopen op online webshops of in de buurlanden.

Ik heb dan ook enkele vragen. Wat onderneemt u tegen bepaalde versies van de e-sigaret die zich specifiek richten op kinderen? Gaat u specifiek sensibiliseren hieromtrent?

Hoe gaat u vermijden dat Belgen deze producten online of in andere Europese landen aankopen? Denkt u na over Europese regelgeving?

In Nederland geldt er ook een online uitstalverbod op webshops. Denkt u na over een soortgelijke regeling?

24.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, verslavende producten in de vorm van speelgoed verkopen is een laakbare praktijk die volledig voorbijgaat aan het gebruik van e-sigaretten als tool om te stoppen met tabaksgebruik. Net als u veroordeel ik deze strategie van de industrie. Ik herhaal mijn standpunt dat e-sigaretten enkel bedoeld mogen zijn voor volwassen rokers.

Deze vorm van marketing is niet expliciet verboden. Dergelijke presentaties in de vorm van speelgoed kunnen echter wel beschouwd worden als een vorm van reclame. De associatie met speelgoed of met figuren die populair zijn bij kinderen kan worden gezien als een techniek om de verkoop te bevorderen. Bovendien wordt de schadelijkheid van nicotineproducten verborgen door ze aan te bieden als een product dat aantrekkelijk is voor kinderen. Zoals u weet, is publiciteit voor tabaksproducten verboden, e-sigaretten inbegrepen. Ik dring er dus bij de betrokken dienst op aan om extra aandachtig te zijn voor deze speelgoedmarketing en stappen te ondernemen om deze producten van de markt te halen, op basis van het verbod op reclame.

U vraagt ook naar het sensibiliseren van de tabakssector, maar ik beschouw dat niet echt als cruciaal. De sector is immers zeer goed op de hoogte van het reclameverbod en bij dezen is het nog eens gezegd.

De aankoop en verkoop op afstand van tabaksproducten, inclusief e-sigaretten, is verboden in België. Ook de grensoverschrijdende verkoop op afstand aan Belgische consumenten valt onder dat verbod. De inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid doet controles op e-commerce en werkt ook nauw samen met de douane voor controle op producten die in het buitenland werden aangekocht. Het klopt dat het verbod op aankoop en verkoop op afstand niet is geharmoniseerd binnen de EU. Dat maakt een adequate controle op de onlineverkoop niet evident. Mijn diensten hebben op Europees niveau al aangegeven dat bij de herziening van de tabaksproductenrichtlijn een harmonisering gewenst is. Een nieuwe richtlijn komt er helaas echter niet op korte termijn.

Daarom dienen we ondertussen een specifieke aanvraag in bij de Europese Commissie om wegwerp-e-sigaretten in België te verbieden.

Ten slotte wordt het tonen van producten op een website in België beschouwd als een vorm van reclame en is het dus verboden. In de praktijk komt dit verbod neer op een online uitstalverbod. Dat verbod is ook geldig voor buitenlandse shops die onder andere gericht zijn op Belgische klanten. Daarnaast voorziet het tabaksplan op termijn ook in een uitstalverbod in de verkooppunten zelf, zoals

u ongetwijfeld weet.

24.03 Mieke Claes (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Dit is inderdaad een laakbare praktijk, zoals u aangeeft. Gaat men even online kijken, dan komt men in een mum van tijd SpongeBob tegen. Ik heb hem hier voor mij en voor 15,99 euro heeft men 7.000 pufjes. Ik vind dat hallucinant. Scroll ik even verder, dan kom ik ontwerpen tegen die mijn dochter van zes ook wel interessant zou vinden. Het is dus heel belangrijk dat daar verder op wordt ingezet. Het gaat trouwens niet alleen om jongeren, u heeft zelf het woord kinderen in de mond genomen.

Het is ook onrustwekkend dat er telkens nieuwe producten in een nieuwe vorm op de markt komen. Ik heb het gevoel dat we daardoor achter de feiten blijven aanhollen. In het tabaksplan staan goede maatregelen, maar als we dan kijken naar de datum van inwerkingtreding van bepaalde initiatieven, dan gaat het te traag. Als ik zie hoe onze Noorderburen het doen, waar er op korte termijn vrij veel initiatieven zijn, dan vraag ik mij af waarom het in België altijd zo lang moet duren. Ik wil u dus vragen om nog een tandje bij te zetten, anders vrees ik dat ook dit weer een zo goed als lege doos zal worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 55036853C de Mme Zanchetta et n° 55036854C de Mme Rohonyi sont reportées.

25 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventiecijfers voor kinesitherapeuten" (55036882C)

25 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les statistiques de conventionnement des kinésithérapeutes" (55036882C)

25.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb u onlangs al een vraag gesteld over de conventiecijfers van de kinesitherapeuten, maar toen was ik iets te vroeg aangezien de cijfers toen nog niet bekend waren. Intussen zijn die conventiecijfers wel bekend en er zijn zeer grote verschillen vast te stellen tussen de leeftijdsgroepen en gewesten. Zo is er in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest een conventiegraad van de kine's van 73 % en in Wallonië van zelfs 92 %, maar in Vlaanderen is er een conventiegraad van slechts 56 %. Bij de Vlaamse kine's onder de 40 jaar is de conventiegraad zelfs slechts 38 %. Het is ook opvallend dat er zeventigplussers en zelfs tachtigers werden opgenomen in de telling, wat toch wat vreemd is. Ik vraag me af in welke mate men voor die categorieën nog van werkelijke uitoefening van het beroep kan spreken.

Hoe kunnen de grote verschillen tussen de gewesten volgens u worden verklaard? Worden er in Wallonië eventueel supplementen aangerekend of andere extra's? Wordt dat onderzocht? Zo ja, wat is de conclusie van dat onderzoek? Zo nee, acht u het nodig om de oorzaak van de verschillen te achterhalen en wat zal u daartoe ondernemen? Hoe groot is de activiteitsgraad van de zeventigplussers die meegenomen worden in de telling? Wat denkt u over het grote aandeel jongere kinesitherapeuten dat zich niet kan vinden in de nationale afspraken? Hoe ziet u de toekomst voor de kinesitherapie? Acht u het wenselijk dat de akkoorden worden herbekeken om toch zoveel mogelijk zorgverstrekkers mee te krijgen?

25.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het is jammer dat uw vraag niet werd toegevoegd aan de vraag van mevrouw Pisman, want ik heb een hele reeks gegevens schriftelijk aan haar laten overmaken. Ik heb daarin ook een groot aantal beschouwingen gegeven. Ik zal daarom beknopt antwoorden.

Die regionale verschillen en leeftijdsverschillen vind ik ook redelijk belangrijk. We moeten onderzoeken waar de oorzaak ligt van die regionale verschillen. Het leeftijdsverschil is belangrijk voor de toekomst van het beroep en we zouden goed moeten begrijpen wat daar speelt. We bekijken momenteel een voorstel van Axxon en de verzekeringsinstellingen om een enquête te doen bij de actieve kinesitherapeuten, onder meer om de redenen van conventionering en deconventionering te

achterhalen.

De mutualiteiten willen dat ook uitbreiden tot andere zorgverleners, maar dat zijn complexe oefeningen die nog niet afgerond zijn. Ik kan dus nog geen informatie geven over wat de enquête zou opleveren, maar ik vind het wel belangrijk.

U vraagt hoe de 60 % berekend wordt. Wij houden daarbij rekening met alle kinesitherapeuten met een verstrektersprofiel, dus ook zij die 70 jaar zijn of ouder. Op vraag van Axxon is in de overeenkomstencommissie kinesitherapie-verzekeringsinstellingen al een meer gedetailleerde verzameling cijfers gegeven over deze leeftijdsgroep. Het RIZIV bekijkt momenteel welke bijkomende gegevens inzake profiel en activiteitsgraad van deze groep beschikbaar zijn zodat we die op een volgende vergadering van de overeenkomstencommissie aan de leden ter beschikking kunnen stellen.

Deze kwestie is heel erg belangrijk. Ik heb ook de indruk dat hier eveneens 'structurele' – men gebruikt dat woord iets te gemakkelijk – factoren spelen. Men stelt zich ook de vraag welke structurele verbeteringen geleidelijk doorgevoerd kunnen worden in de kinesitherapie om mensen aan te moedigen om geconventioneerd te blijven.

We hebben inderdaad ook punctuele maatregelen genomen. U bent daarover zelf niet enthousiast, maar het is slechts een punctuele maatregel om 100 miljoen uit te keren, alleen voor mensen die geconventioneerd zijn, ter ondersteuning van het geconventioneerd zijn. Dat is dus een punctuele maatregel, maar ik vond dat een belangrijk signaal.

We moeten er inderdaad verder over nadenken en goed analyseren wat er aan de hand is. We moeten ook een echt verbetertraject opzetten voor de toekomst.

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, het gebeurt wel vaker dat vragen hier worden samengevoegd. Ik zie bijvoorbeeld ook heel veel vragen over de 1733 terugkomen uit de verschillende regio's. Het is maar een idee, maar misschien is het wel interessant om die dan ook samen te voegen.

25.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, het is van groot belang dat wij de kinesitherapeuten naar waarde schatten, zeker de jongere kinesisten. De gezondheidszorg van vandaag en zeker de gezondheidszorg van de toekomst zal steeds meer een beroep moeten doen op de kinesitherapeuten. Willen wij mensen langer thuis laten wonen en chirurgische ingrepen zoveel mogelijk vermijden, dan zijn zij van essentieel belang.

Wij moeten hen in dat geval echter ook loon naar werken willen geven. Waarom gaan zoveel kinesisten niet akkoord met de nationale overeenkomst? De tarieven zijn ondermaats. Kijk maar naar de verplaatsingsvergoeding. Zij mogen iets meer dan 1 euro aanrekenen voor een huisbezoek. Dat is gewoon niet meer leefbaar, zeker niet voor een jonge kinesist die ambitie heeft en een mooie praktijk wil uitbouwen. Er komt immers een en ander kijken bij een kinesistenpraktijk. Dat kan een heel grote verklaring zijn voor de reden waarom zoveel jongere kinesisten niet willen toetreden tot het akkoord.

Daarbij komt nog dat de 25 %-regel heel erg onrechtvaardig aanvoelt, waardoor veel kinesisten gewoon hun laars lappen aan het akkoord, omdat zij zich echt niet kunnen vinden in de manier waarop zij ter zake worden behandeld.

Waarop u niet bent ingegaan, is de vraag over de verklaring van de verschillen tussen de gewesten. U stelt dat u daarover een enquête zal doen. Er doet echter een hardnekkig gerucht de ronde, namelijk dat in Franstalig België achterpoortjes worden gevonden, waardoor de slechte nomenclatuur kan worden gecompenseerd zonder zich te moeten deconventioneren. Indien dat klopt, is dat bijzonder oneerlijk. Wanneer de conventiegraad van Vlaanderen immers wordt doorgetrokken naar België, is er helemaal geen sprake meer van een akkoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 55036886C de Mme Taquin et n° 55036902C de Mme Rohonyi et la question n° 55036903C de Mme Rohonyi sont reportées.

26 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accès au Translarna (ataluren) pour le traitement de la maladie de Duchenne du petit Mauro" (55036901C)

26 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegang tot Translarna (ataluren) voor de behandeling van de ziekte van Duchenne bij Mauro" (55036901C)

26.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt de jongste dagen ongetwijfeld ook de mediaberichten gehoord over Mauro uit het Gentse, die aan de zeldzame ziekte van Duchenne, lijdt, waardoor hij rond zijn 10 jaar waarschijnlijk in een rolstoel zal belanden. Zijn levensverwachting is erg laag en wordt geschat tussen 15 à 35 jaar. Een middel om de ziekte te stoppen, bestaat niet. Het geneesmiddel ataluren, ook bekend onder de naam Translarna, remt wel de ontwikkeling af. Dat geneesmiddel wordt geproduceerd door PTC Therapeutics.

Translarna heeft toegang tot de Europese markt, maar wordt in België, en naar ik meen ook in Denemarken, niet terugbetaald, in tegenstelling tot onze buurlanden. In de kranten lezen wij dat het bedrijf vier keer een dossier heeft ingediend bij de CTG voor terugbetaling, maar dat de uitkomst steeds negatief was. De oorzaak ligt naar alle waarschijnlijkheid bij de buitensporige prijs die PTC Therapeutics vraagt.

Dat bedrijf is dan ook geen onbekende. U herinnert zich misschien de kleine Lucien uit Verviers, anderhalf jaar geleden, die ook een genetische aandoening had. Het bedrijf PTC Therapeutics vroeg 1 miljoen euro voor een destijds nog niet-geregistreerd product, terwijl het in Polen maar 70.000 euro kostte. Wij hebben dat bedrijf samen met de familie onder druk kunnen zetten; u hebt toen ook geholpen met enkele administratieve problemen en dat kindje heeft toen wel die therapie gekregen.

Vandaag heb ik het over Mauro, die het betreffende medicijn dagelijks moet innemen; het betreft geen eenmalige behandeling. In een opiniestuk in *Het Laatste Nieuws* vraagt men zich luidop af waarom ons land zoveel fiscale voordelen geeft aan de farmaceutische industrie, terwijl die industrie ons op het einde van de rit zo uitperst en bereid is om patiënten in de kou te laten staan, tenzij ze hallucinante bedragen neertellen.

Mijnheer de minister, hoe ver staat het met de terugbetaling van het product Translarna. Wat is de vraagprijs? Is de vraagprijs effectief de bron van het probleem?

Als ik het goed begrepen heb, vonden onderhandelingen plaats om een eventueel geheime deal te sluiten, maar die zijn afgesprongen. Kunt u daarover informatie geven?

Kent u de reële kostprijs van dat product?

Kunt u meer uitleg geven over de mogelijkheden voor de familie in verband met *compassionate use* of over het Unmet Medical Needprogramma?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, het zijn dramatische omstandigheden. Ik heb de getuigenis van de ouders op een van onze tv-kanalen gezien. Het toeval wil dat ik in het verleden ook getuigenissen heb gehoord van familie van kinderen met deze vreselijke ziekte. Dat is heel erg en het is niet gemakkelijk om hiermee om te gaan als men beleidsverantwoordelijkheid draagt.

Het klopt dat Translarna vandaag in België niet wordt vergoed. De laatste aanvraag van de firma voor een inschrijving op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten is ingediend in juli 2020. Het was toen de vierde keer dat de firma een aanvraag indiende. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) heeft bij die vierde indiening van het dossier voorgesteld om Translarna niet terug te betalen wegens de belangrijke onzekerheden over de werkzaamheid ervan en de hoge kostprijs voor de ziekteverzekering. Een medicament moet een nuttig effect hebben en de gevraagde kostprijs moet in verhouding staan tot dat nuttig effect. In dit geval heerste er bijzonder veel twijfel over het nuttige effect en lag de kostprijs enorm hoog.

Ondanks dat negatieve advies van de CTG heb ik toch een onderhandelingsprocedure opgestart, op basis van het zogenaamde artikel 113, zodat onze werkgroep Contracten via een vertrouwelijke

overeenkomst eventueel een oplossing zou kunnen vinden. Ik heb dat artikel 113 ingeroepen, en dus zelf beslist om te proberen een oplossing te vinden via de werkgroep Contracten, omdat ik zeer veel belang hecht aan weesziekten en weesgeneesmiddelen die daarvoor mogelijk een oplossing bieden, en aan het leed van de familie. Ook de werkgroep Contracten is voor Translarna echter tot dezelfde conclusie gekomen als de CTG, namelijk dat de zeer hoge kosten niet in verhouding staan tot de zeer beperkte aangetoonde werkzaamheid, ook niet nadat er grondig onderhandeld is over een compensatie door het bedrijf op confidentiële basis.

Ik heb het bedrijf na dat negatieve resultaat laten weten dat het, als het in de toekomst nieuwe gegevens kan aanleveren om de therapeutische werkzaamheid van Translarna aan te tonen, uiteraard te allen tijde een nieuw verzoek tot vergoeding kan indienen bij de CTG.

U vroeg ook hoeveel PTC Therapeutics vraagt voor Translarna. Welnu, tijdens de jongste evaluatie door de CTG werden de kosten per patiënt op jaarbasis geraamd op ongeveer 317.000 euro voor een patiënt van 25 kilogram en 872.000 euro voor een patiënt van 65 kilogram. Dit is een raming op basis van de officiële lijstprijs.

In zo'n vertrouwelijke onderhandeling vragen wij de firma om een significante reductie te geven, maar ik kan over het verloop en over het vastlopen van die vertrouwelijke onderhandelingen niet meer zeggen.

U vroeg ook of ik op de hoogte ben van de reële kostprijs. Ik vermoed dat u de productieprijs bedoelt, wat nodig is om dit te produceren. De reële kostprijs van Translarna in die zin ken ik niet.

U zei dat er geprobeerd is een vertrouwelijke overeenkomst af te sluiten. Inderdaad, dat heb ik al aangegeven. De onderhandelingen zijn opgestart op 24 januari 2022. De onderhandelingsprocedure eindigde op 23 mei 2022. De maximale onderhandelingsstermijn bedraagt inderdaad 120 dagen, en toen moesten wij in de werkgroep vaststellen dat het overleg afgesprongen was. Het verschil was echt niet te overbruggen.

U vroeg verder wat ik vind van de stelling van *Het Laatste Nieuws*. Ik vind dat *Het Laatste Nieuws* eigenlijk gelijk heeft. Ik zal mij iets diplomatischer uitdrukken, ik meen dat de farmaceutische industrie regelmatig verwijst naar maatschappelijk verantwoord ondernemen, maar dat maatschappelijk verantwoord ondernemen veronderstelt dat men zelf ook nadenkt over wat men eist als return on investment enerzijds en wat haalbaar is voor de samenleving anderzijds, gelet op de belangrijke steun die de samenleving geeft, rechtstreeks en onrechtstreeks, aan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen.

U vroeg waar dit medicament geproduceerd wordt. Ik heb dat niet kunnen opzoeken. Ik kan daar nu dus niet op antwoorden. Ik weet daardoor ook niets over de productiecapaciteit. Als een bedrijf een dossier voor terugbetaling indient, is de verwachting echter dat het bedrijf in de nodige productiecapaciteit voorziet.

U weet dat er op initiatief van mijn beleidscel en van mijn collega Pierre-Yves Dermagne vergaderingen plaatsvinden van een werkgroep Dwanglicenties, om de voorstellen tot wijziging van artikel 11.38 van het Wetboek van economisch recht verder te onderzoeken, zodat dwanglicenties opgenomen kunnen worden in het komende wetsontwerp, dat liefst nog tijdens deze legislatuur moet worden goedgekeurd.

26.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is eigenlijk steeds hetzelfde verhaal. Wij zouden daarvoor toch een andere oplossing moeten vinden dan een case-to-caseoplossing. Als er een innovatief medicijn is, zijn er steeds torenhoge prijzen.

Ik begrijp niet hoe het komt dat in België geen oplossing is gevonden terwijl dat in de buurlanden wel het geval is. Waar zit het verschil? Dat is mij niet echt duidelijk. Dat is ook moeilijk te begrijpen voor de patiënten in kwestie. Ook is mij niet duidelijk of er nog nieuwe onderhandelingen mogelijk zijn of dat het nu voor eens en altijd afgeknapt is en er geen nieuwe onderhandelingen meer komen.

Ik stel vast dat ook u vindt dat de gevraagde prijs buitensporig is en dat daaraan iets moet gebeuren. Dwanglicenties zijn effectief een mogelijke optie. Wij hebben daaromtrent een wetsvoorstel ingediend.

Ik kijk uit naar uw wetsontwerp daaromtrent.

Ik vraag mij wel af waarom wij dat idee van dwanglicentie niet terugvinden in uw roadmap met betrekking tot het terugbetalen van medicijnen. Dat hangt immers allemaal samen. Ofwel werkt men met *a managed agreement*, met geheime contracten, ofwel werkt men met dwanglicenties, als de prijzen te buitensporig zijn. Het is natuurlijk alleszins ook belangrijk om de concrete gevallen op te lossen.

*Het incident is gesloten.
L'incident est clos.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.55 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 55.*