

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG

Commission de la Santé et de l'Égalité des
chances

Commissie voor Gezondheid en Gelijke
Kansen

Mardi

04-07-2023

Après-midi

Dinsdag

04-07-2023

Namiddag

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

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

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants	Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Commandes :	Bestellingen :
Place de la Nation 2	Natieplein 2
1008 Bruxelles	1008 Brussel
Tél. : 02/ 549 81 60	Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be	www.dekamer.be
e-mail : publications@lachambre.be	e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

Questions jointes de	1
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La durée de la procédure mHealth" (55037015C)	1
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des applications médicales (mHealth)" (55037127C)	1
<i>Orateurs: Frieda Gijbels, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'ergothérapie dans notre système de soins" (55037343C)	5
<i>Orateurs: Catherine Fonck</i> , présidente du groupe Les Engagés, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stabilité de la substance active disulfiram" (55037352C)	7
<i>Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la Croix-Rouge" (55037355C)	9
<i>Orateurs: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les possibilités de remboursement des prestations de diététique" (55037362C)	11
<i>Orateurs: Mieke Claes, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délimitation des professions de diététicien et de conseiller en nutrition" (55037363C)	14
<i>Orateurs: Mieke Claes, Frank Vandenbroucke</i> , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Questions jointes de	16
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les orthoptistes et optométristes (question de suivi)" (55037371C)	16
- Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de lunettes obligatoire dès 2024" (55037607C)	16

INHOUD

Samengevoegde vragen van	1
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doorlooptijd van de mHealthprocedure" (55037015C)	1
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de medische applicaties (mHealth)" (55037127C)	1
<i>Sprekers: Frieda Gijbels, Nawal Farih, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ergotherapie in ons gezondheidszorgsysteem" (55037343C)	5
<i>Sprekers: Catherine Fonck</i> , voorzitter van de Les Engagés-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stabiliteit van de werkzame stof disulfiram" (55037352C)	7
<i>Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van het Rode Kruis" (55037355C)	9
<i>Sprekers: Patrick Prévot, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetalingsmogelijkheden voor diëtietiekverstrekkingen" (55037362C)	11
<i>Sprekers: Mieke Claes, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbakening van de beroepen van diëtist en voedingsconsulent" (55037363C)	14
<i>Sprekers: Mieke Claes, Frank Vandenbroucke</i> , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Samengevoegde vragen van	16
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De orthoptisten en optometristen (opvolgvraag)" (55037371C)	16
- Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verplichte brillenvoorschrift vanaf 2024" (55037607C)	16

Orateurs: Frieda Gijbels, Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Frieda Gijbels, Kathleen Pisman, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les annonces concernant le gaz hilarant dans la Région de Bruxelles-Capitale" (55037398C)	20	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De advertenties met betrekking tot lachgas in het Brussels Gewest" (55037398C)	20
Orateurs: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	22	Samengevoegde vragen van	22
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires en radiologie" (55037423C)	22	- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen voor radiologie" (55037423C)	22
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des frais hospitaliers" (55037464C)	22	- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegelaten ziekenhuiskosten" (55037464C)	22
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des suppléments pour l'imagerie dans les hôpitaux" (55037753C)	22	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op supplementen op beeldvorming binnen het ziekenhuis" (55037753C)	22
Orateurs: Dominiek Sneppe, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Dominiek Sneppe, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux de conventionnement des radiologues flamands" (55037424C)	29	Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventiegraad van Vlaamse radiologen" (55037424C)	29
Orateurs: Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le flou entourant les réformes de la formation HBO5" (55037426C)	30	Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onduidelijkheid over de hervormingen van de HBO5-opleiding" (55037426C)	30
Orateurs: Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les statistiques des professionnels de la santé" (55037430C)	31	Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De statistieken over de professionele zorgverleners" (55037430C)	31
Orateurs: Catherine Fonck , présidente du groupe Les Engagés, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Catherine Fonck , voorzitter van de Les Engagés-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives pour nos soins de santé" (55037461C)	33	Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het perspectief voor onze gezondheidszorg" (55037461C)	32
Orateurs: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		Sprekers: Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le réseau de signalement des incidents dus à la drogue" (55037495C)	35	Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het drugsincidentennetwerk" (55037495C)	35

<i>Orateurs:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La formation des tatoueurs" (55037496C)	37	Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opleiding van tatoeëerders" (55037496C)	37
<i>Orateurs:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	39	Samengevoegde vragen van	39
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation illégale de prescriptions médicales" (55037498C)	39	- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het illegaal gebruik van doktersvoorschriften" (55037498C)	39
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fraude à l'identité commise à l'aide d'étiquettes de mutuelle" (55037654C)	39	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Identiteitsfraude met ziekenfondsklevertjes" (55037654C)	39
<i>Orateurs:</i> Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	41	Samengevoegde vragen van	41
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'accès à Recip-e" (55037512C)	41	- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De weigering van toegang tot Recip-e" (55037512C)	41
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application pour le pharmacien de référence" (55037650C)	41	- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De applicatie voor de huisapotheke" (55037650C)	41
<i>Orateurs:</i> Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Robby De Caluwé, Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appel urgent au don de sang de la Croix-Rouge" (55037494C)	46	Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende oproep van het Rode Kruis om bloed te geven" (55037494C)	46
<i>Orateurs:</i> Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Sophie Rohonyi, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge de l'hyperémèse gravidique" (55037514C)	48	Vraag van Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van hyperemesis gravidarum" (55037514C)	48
<i>Orateurs:</i> Séverine de Laveleye, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Séverine de Laveleye, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La directive européenne relative aux nouveaux OGM" (55037519C)	51	Vraag van Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Europese richtlijn betreffende nieuwe ggo's" (55037519C)	51
<i>Orateurs:</i> Séverine de Laveleye, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Séverine de Laveleye, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le coût des vaccins contre le corona et le gaspillage en la matière" (55037534C)	53	Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs en de verspilling van coronavaccins" (55037534C)	53

<i>Orateurs:</i> Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La drépanocytose" (55037573C)	54	Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sikkelcelziekte" (55037573C)	54
<i>Orateurs:</i> Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Interpellation de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouvel appel d'offres pour la gestion du stock stratégique" (55000431I)	57	Interpellatie van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe tender voor het beheer van de strategische stock" (55000431I)	57
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
<i>Motions</i>	63	<i>Moties</i>	63
Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer du col de l'utérus" (55037585C)	65	Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Baarmoederhalskankerscreening" (55037585C)	65
<i>Orateurs:</i> Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins palliatifs" (55037586C)	68	Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De palliatieve zorg" (55037586C)	68
<i>Orateurs:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Els Van Hoof, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de l'enquête sur les habitudes alimentaires" (55037595C)	70	Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de voedselconsumptiepeiling" (55037595C)	70
<i>Orateurs:</i> Mieke Claes, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Mieke Claes, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de mise en application des sanctions par les commissions médicales provinciales (CMP)" (55037597C)	72	Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toepassing van de sancties van de provinciale geneeskundige commissies (PGC's)" (55037597C)	72
<i>Orateurs:</i> Benoît Piedboeuf , président du groupe MR, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Benoît Piedboeuf , voorzitter van de MR-fractie, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les implants mammaires" (55037622C)	73	Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstimplantaten" (55037622C)	73
<i>Orateurs:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique		<i>Sprekers:</i> Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke , vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	
Questions jointes de	76	Samengevoegde vragen van	76
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Règlement sanitaire international (RSI) et le traité sur les pandémies de l'OMS" (55037624C)	76	- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Internationale Gezondheidsregeling (IGR) en het pandemieverdrag van de WGO" (55037624C)	76
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM	76	- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke	76

Affaires sociales et Santé publique) sur "L'OMS et le traité sur les pandémies" (55037703C)

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

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du Comité de Bioéthique concernant le droit de visite dans les hôpitaux" (55037647C) 81

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

(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De WHO en het pandemieverdrag" (55037703C)

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

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het Comité voor Bio-ethiek betreffende het bezoekrechten in ziekenhuizen" (55037647C) 80

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

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 4 JUILLET 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 4 JULI 2023

Namiddag

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.04 uur en voorgezeten door mevrouw Kathleen Depoorter.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 04 et présidée par Mme Kathleen Depoorter.

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

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

01 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De doorlooptijd van de mHealthprocedure" (55037015C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de medische applicaties (mHealth)" (55037127C)

01 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La durée de la procédure mHealth" (55037015C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des applications médicales (mHealth)" (55037127C)

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de Mobile Health-procedure oftewel de mHealthprocedure, waarover ik u al eerder vragen stelde, blijkt aardig wat tijd in beslag te nemen. Mobiele applicaties moeten een soort van piramide doorlopen, vooraleer ze in aanmerking kunnen worden genomen voor terugbetaling door het RIZIV, ondanks het feit dat ze CE-gelabeld zijn.

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Après plusieurs années, aucune application mHealth n'a encore passé la procédure de validation. Dans d'autres pays, cette procédure est beaucoup plus rapide.

Momenteel is er in België geen enkele applicatie door de validatiepiramide geraakt, terwijl de validatieprocedure al verschillende jaren bestaat. Dat staat in schril contrast met de situatie in andere landen, waar de procedure veel sneller lijkt te lopen.

Combien de demandes sont en cours de traitement? Quelles applications ont déjà reçu le feu vert du Comité de l'assurance? Quelle est la suite du calendrier et comment les développeurs en sont-ils tenus informés? Comment les applications sont-elles évaluées? Est-il envisagé de donner aux applications le temps de prouver leur valeur ajoutée, comme c'est le cas en Allemagne?

Kunt u me een overzicht bezorgen van de applicaties waarvoor momenteel een aanvraag voor niveau 3, het hoogste niveau, lopende is?

Klopt het dat verschillende applicaties groen licht hebben gekregen van het Verzekeringscomité? Over welke applicaties gaat het? Welke stappen moeten nu nog verder worden doorlopen? Wat is de tijdslijn? Werd die tijdslijn gecommuniceerd met de ontwikkelaars? Hoe worden zij op de hoogte gehouden van de stand van zaken?

Où en est l'application de kinésithérapie MoveUP Coach? Pourquoi n'y a-t-il pas de reconnaissance fédérale pour l'application Cochlear, pour laquelle un cadre de remboursement existe en Flandre depuis

Op welke manier worden mHealthapplicaties geëvalueerd? Wordt er gekeken naar het buitenland, waar procedures toch sneller lijken te lopen? Wat denkt u van de aanpak van bijvoorbeeld Duitsland, waar applicaties een bepaalde tijd de kans krijgen om hun meerwaarde te bewijzen? Waarom wordt dat bij ons niet toegepast?

octobre 2022?

De kineapplicatie MoveUP Coach is van niveau 3, maar de conventie ter zake is sinds juni 2023 afgelopen. Wat zijn de conclusies voor MoveUP Coach? Zal de conventie verlengd worden of zal de applicatie voor terugbetaling erkend worden en wat is daar de tijdslijn?

De applicatie Cochlear heeft sinds oktober 2022 een terugbetalingskader in Vlaanderen. Heeft die applicatie ook een aanvraag lopen voor de validatiepiramide? Hoe komt het dat de applicatie federaal nog niet erkend werd?

01.02 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, mijn vragen zijn redelijk gelijklopend met die van mevrouw Gijbels, die de situatie goed heeft geschetst.

Er wordt inderdaad gewerkt met drie niveaus, M1, M2 en M3. Slechts een applicatie heeft alle niveaus succesvol doorlopen en dus tijdelijke terugbetaling van het RIZIV verkregen, terwijl innovatieve applicaties die klaar zijn voor de markt, nochtans patiënten vooruithelpen en de personeelsschaarste in de zorgsector deels kunnen oplossen, omdat de mensen op het terrein dankzij die applicaties andere taken kunnen verrichten.

Waarom is tot nu toe nog maar één applicatie in aanmerking gekomen voor de tijdelijke financiering door het RIZIV?

Om welke reden is geen enkele andere applicatie momenteel in het derde niveau van de validatiepiramide geraakt?

Hoeveel applicaties hebben al een aanvraag voor terugbetaling ingediend? Wat is de gemiddelde doorlooptijd van de aanvragen?

Lopen we door de bijzonder lange procedures niet het risico dat bepaalde producenten van medische applicaties ons land links zullen laten liggen en andere markten opzoeken?

Het KCE heeft recent een rapport met aanbevelingen gepubliceerd over de evaluatie van de digitale medische toepassingen met het oog op terugbetaling. Is het RIZIV al aan de slag gegaan met de optimalisatie van het evaluatiekader voor terugbetaling?

01.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, mevrouw Farih, momenteel wordt er voor elk dossier een specifieke werkgroep samengesteld, die het dossier op basis van de klinische evidentie en de mogelijke integratie in het zorgsysteem beoordeelt en een advies formuleert, dat vervolgens wordt voorgelegd aan het verzekeringscomité. Die werkgroep bestaat uit vertegenwoordigers van de betrokken zorgverleners, onafhankelijke experts, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, betrokken patiëntenverenigingen alsook vertegenwoordigers van beMedTech en Agoria met raadgevende stem. De uitwerking van de integratie is evenwel een bevoegdheid van de bestaande akkoord- en overeenkomstencommissies. Dat neemt de nodige tijd in beslag.

Tot op heden werden aanvragen ingediend door Remecare Oncology, AirView, Remote Check Cochlear, FibriCheck en CardioCare@Home.

De evaluaties werden telkens binnen de voorgenomen zes maanden afgerond. De bedrijven worden op de hoogte gehouden van de vooruitgang.

01.02 Nawal Farih (cd&v): De nombreux fabricants innovants sont prêts à mettre sur le marché des applications qui épauleraient les patients et pourraient en partie résoudre la pénurie de personnel dans le secteur des soins de santé.

Pourquoi, jusqu'à présent, une seule application a-t-elle pu bénéficier d'un financement temporaire de la part de l'INAMI? Pourquoi aucune autre application n'a-t-elle encore atteint le troisième niveau de la pyramide de validation? Combien de demandes de remboursement ont-elles déjà été introduites? Quel est le délai de traitement moyen de ces demandes? N'existe-t-il pas un risque que les fabricants abandonnent notre marché? L'INAMI a-t-il déjà commencé à examiner les recommandations du KCE concernant l'évaluation des applications médicales numériques?

01.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Un groupe de travail spécifique composé de représentants des parties prenantes concernées évalue chaque dossier sur la base des preuves cliniques et de l'intégration possible dans le système de soins de santé et formule un avis destiné au Comité de l'assurance. L'élaboration relève de la compétence des commissions d'accords et de conventions et ce processus prend du temps.

Jusqu'à présent, des demandes ont été soumises par Remecare Oncology, AirView, Cochlear Remote Check, FibriCheck et CardioCare@Home. Les évaluations ont

De aanvraag voor de applicatie Remote Check Cochlear kreeg geen positieve evaluatie.

Voor de vier toepassingen die positief werden geëvalueerd, gaf het Verzekeringscomité de opdracht aan de betrokken organen om de nodige zorgprocessen aan te passen of uit te werken, zodat het gebruik van de toepassing mogelijk werd.

Voor RemeCare is een herziening van het zorgpad oncologische zorg nodig. Het gebruik van toepassingen als AirView moeten onderdeel uitmaken van de overeenkomst slaapapneu.

Ook de holternomenclatuur dient te worden herzien, zodat het gebruik van technologieën als FibriCheck en CardioCare@Home daarin kunnen worden geïntegreerd.

De huidige procedure is een van de oorzaken van de lange doorlooptijd. Het RIZIV heeft om die redenen aan het KCE gevraagd om een studie te verrichten over Health Technology Assessments van digitale toepassingen, zodat ervaringen met de evaluatie van digital medical technologies kunnen worden gebruikt om tot een nieuwe aangepaste procedure te komen. Dat heeft geleid tot het KCE-rapport nr.362 *Hoe digitale medische toepassingen evalueren met het oog op terugbetalingen*, dat op 13 januari 2023 werd gepubliceerd, inclusief een evaluatie van buitenlandse systemen.

Op basis van de KCE-studie wordt een voorstel uitgewerkt met een evaluatie door een multidisciplinaire werkgroep, die bestaat uit een vaste kern, aangevuld met ad-hocleden per dossier, waaronder gezondheids-economische profielen.

Ze zullen zich echter niet beperken tot de evaluatie, maar ook een voorstel tot integratie in het zorgsysteem uitwerken. Het integratievoorstel zal dan nog steeds gevalideerd worden door de bevoegde akkoorden- en overeenkomstencommissies, maar vertegenwoordigers van die organen zullen als ad-hocleden worden uitgenodigd en op die manier vroeg in het proces worden betrokken.

Om te voorkomen dat, zoals nu, toepassingen jaren op financiering moeten wachten, zal in de mogelijkheid tot een pragmatische overgangsfinitanciering worden voorzien, die toelaat dat de toepassing kan worden gebruikt in afwachting van de globale herziening van het betrokken zorgproces. Er wordt ook een procedure voor de tijdelijke financiering voorgesteld, waarbij er bijkomende evidentie kan worden verzameld, terwijl er al een tijdelijke terugbetaling is.

Daarnaast zal ook worden onderzocht of voor enkele van de al lopende procedures ook in een pragmatische financiering kan worden voorzien, als blijkt dat de geplande herzieningen nog enige tijd in beslag zullen nemen.

We plannen de komende dagen nog een nieuw voorstel voor te leggen aan het Verzekeringscomité, zodat op 1 oktober 2023 de multidisciplinaire werkgroep zijn werkzaamheden kan opstarten.

Er was ook een specifieke vraag over moveUP. De conventie is, zoals bepaald werd, geëindigd op 30 juni 2023 en wordt niet verlengd. In de Technische Raad voor de Kinesitherapie en de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen wordt gewerkt aan

été achevées dans les six mois dans chaque cas et les entreprises sont tenues informées de l'évolution de la situation.

L'évaluation n'a pas été positive pour Cochlear Remote Check. Pour les quatre applications qui ont reçu une évaluation positive, le Comité de l'assurance a donné l'ordre de modifier ou d'élaborer les processus de soins nécessaires. RemeCare nécessite une révision de l'itinéraire de soins oncologiques. Des applications telles que AirView doivent faire partie de la convention relative aux apnées du sommeil. La nomenclature Holter devra également être revue afin d'y intégrer des technologies telles que FibriCheck et CardioCare@Home.

La procédure actuelle est l'une des causes de la longue durée de traitement des dossiers. C'est pourquoi une mission d'étude a été confiée au KCE à ce sujet. Sur la base de cette étude, une proposition sera élaborée et évaluée par un groupe de travail multidisciplinaire composé d'un noyau permanent, complété par des membres ad hoc par dossier, dont des profils issus du domaine de l'économie de la santé. Ils élaboreront également une proposition d'intégration dans le système de soins. Les commissions de conventions et d'accords compétentes devront toujours valider la proposition d'intégration, mais certains de leurs membres seront déjà associés au processus à un stade précoce en tant que membres ad hoc. Un financement transitoire temporaire sera également prévu dans l'attente de la révision globale du processus de soins.

Par ailleurs, il sera examiné si un financement pragmatique est possible pour les procédures en cours qui ne peuvent pas encore être finalisées dans l'immédiat.

L'objectif est d'encore soumettre avant la fin de ce mois une nouvelle proposition au Comité de l'assurance, afin que le groupe de travail multidisciplinaire puisse entamer

een structurele verankering van kinesithérapie op afstand in de nomenclatuur. Die regelgeving zal breder toepasbaar zijn dan enkel voor patiënten met een knie- of heupartroplastie. In afwachting van de structurele verankering kan moveUP verder onder de voorwaarden van de covidverstrekkingen op afstand worden vergoed.

Op 10 januari 2022 heeft Cochlear een aanmeldingsdossier ingediend met als doel de integratie van de mobiele applicatie Remote Check in een bestaand en gewijzigd of een nieuw zorgproces. In de specifieke werkgroep die voor dat dossier werd samengesteld, werd besloten dat het momenteel te vroeg is om in een terugbetaling voor het gebruik van de applicatie te voorzien, omdat Remote Check niet dezelfde kwaliteit garandeert als die van de jaarlijkse fysieke controle, en er momenteel onvoldoende klinische evidentie voor bestaat. Een vergoeding voor het gebruik van de applicatie had op dat moment geen toegevoegde waarde en er waren vragen over de veiligheid. In Vlaanderen wordt de applicatie gebruikt voor de revalidatie van de patiënten met een cochleair implantaat, wat een totaal andere toepassing is.

Kort samengevat, u stelt zeer relevante vragen over individuele dossiers, waarop ik een antwoord heb gegeven. Het belangrijkste is echter dat we inderdaad een andere procedure moeten gebruiken, waardoor we sneller kunnen beslissen.

01.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de studie van het KCE is heel welkom. Het is goed dat er iets met zijn conclusies en aanbevelingen wordt gedaan, maar ik hoop dat de applicaties die nu al in het systeem zitten, in de nieuwe procedure niet van vooraf aan moeten herbeginnen. Ik hoop dat er kan voortgebouwd worden op de gedane vaststellingen, want anders zullen we nog meer vertraging oplopen.

Voorts dring ik erop aan dat wordt onderzocht wat precies de struikelblokken zijn en of er iets schort aan het beoordelingscomité.

De keuze voor een multidisciplinair team vind ik een heel goede zaak, maar er moet wel over worden gewaakt dat alle applicaties die in ontwikkeling zijn, worden onderzocht, zonder dat er sprake is van enige belangenvermenging. Dat betekent een aanzienlijke efficiëntiewinst voor de organisatie van de zorg, aangezien zorgpersoneel beter kan worden ingezet. Bovendien krijgen patiënten meer de regie over hun zorgproces, wat voor mij ook een belangrijke vooruitgang is. Alle deuren die we daarvoor kunnen openzetten, zijn goed. We moeten absoluut vermijden dat de ontwikkelaars uitwijken naar landen waar zij wel gemakkelijker toegang tot het zorgsysteem kunnen krijgen.

01.05 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik heb wel enkele goede maatregelen gehoord. Dat er voorzien wordt in een overgangsfinanciering vanaf juli, vind ik zeker een vooruitgang. Het stemt mij ook tevreden dat er werk gemaakt zal worden van nomenclatuur voor therapie op afstand.

U zei dat een werkgroep per app wordt opgericht. Ik vraag mij af of het mogelijk nuttiger is om dat structureel te organiseren via een commissie voor digitale applicaties, naar het voorbeeld van de CTG. Naarmate

ses travaux le 1^{er} octobre 2023.

La convention relative à MoveUp Coach, qui a expiré fin juin, ne sera pas reconduite. Des travaux sont en cours afin de prévoir un ancrage structurel de la kinésithérapie à distance dans la nomenclature. En attendant, l'application peut encore faire l'objet d'une indemnisation dans le respect des conditions des prestations Covid-19 à distance.

Le dossier de notification déposé par Cochlear en janvier 2022 pour l'application Remote Check a été rejeté, parce qu'il ne garantit pas la même qualité que le contrôle physique annuel et parce que les preuves cliniques sont insuffisantes. En Flandre, l'application est utilisée pour la rééducation de patients portant un implant cochléaire, ce qui constitue une utilisation tout à fait différente.

01.04 Frieda Gijbels (N-VA): Il est positif que les recommandations et conclusions de l'étude du KCE soient suivies d'effets, mais je demande que les applications pour lesquelles la procédure est déjà en cours ne doivent pas parcourir à nouveau l'ensemble du processus. Il faut se prémunir de toute confusion d'intérêts lors de l'examen des applications par une équipe multidisciplinaire. Ces applications offrent un gain d'efficacité, car elles permettent un meilleur déploiement du personnel de soins. En outre, les patients ont une meilleure maîtrise de leur processus de soins.

Nous devons absolument éviter que les développeurs migrent vers des pays où ils peuvent accéder plus facilement au système de soins.

01.05 Nawal Farih (cd&v): À mon avis, il est préférable de faire effectuer l'évaluation par une commission des applications numériques à créer, plutôt que par des groupes de travail ad hoc distincts, sinon l'expertise risque de disparaître à chaque fois. Cd&v a déposé une proposition de résolution visant à

de tijd vordert, zullen we alsmear meer digitaliseren. Personeelschaarste toont aan dat we op termijn altijd extra hulpmiddelen op het terrein nodig zullen hebben. Als we in een vast kernsysteem werken met telkens andere ad-hocexperts, dan vrees ik dat de expertise in die groep telkens weer verdwijnt. Daarom pleit ik voor een structuur voor digitale applicaties, zoals de CTG voor medicijnen.

Cd&v heeft een voorstel van resolutie ingediend met het verzoek aan de regering om nog meer op digitalisering in te zetten, zowel voor de patiënt als voor de organisatie van ons zorgsysteem. U hebt dus in elk geval onze steun om ter zake snel te bewegen.

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

De **voorzitter**: Collega Bihet is niet aanwezig voor zijn vraag nr. 55037183C. Vraag nr. 55037288C van mevrouw Merckx is uitgesteld.

02 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'ergothérapie dans notre système de soins" (55037343C)

02 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ergotherapie in ons gezondheidszorgsysteem" (55037343C)

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'ergothérapie est une profession dont on parle très peu. Il y aurait pourtant un peu plus de 15 000 ergothérapeutes en Belgique. Cette profession paramédicale soumise à la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé couvre des champs d'application multiples auprès de l'ensemble de la population.

À l'heure actuelle, les ergothérapeutes sont principalement salariés dans des institutions. En outre, ils sont souvent sous-reconnus ou sous-utilisés dans notre système de santé de première ligne, malgré leur efficacité vis-à-vis de la population. L'évolution démographique, l'allongement de la vie, la réorganisation des soins, les séjours hospitaliers qui sont de plus en plus courts, le fait que les personnes âgées restent plus longtemps vivre à domicile, toutes ces données nécessitent une approche qui puisse être complétée.

Il n'existe que de rares possibilités dans lesquelles un patient qui doit suivre un traitement en ergothérapie est remboursé et, dans certains de ces cas, les conditions d'accès sont extrêmement complexes. Les conditions actuelles de remboursement ne permettent pas à un ergothérapeute de vivre de son métier comme indépendant. Il me semble qu'à l'avenir, pourtant, leur rôle et leur plus-value ne vont faire que se renforcer.

Monsieur le ministre, confirmez-vous que l'arrêté royal du 8 juillet 1996 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession d'ergothérapeute et portant fixation de la liste des prestations techniques est en cours de révision? Pourriez-vous m'éclairer quant à vos intentions par rapport au nouvel arrêté royal? Allez-vous reconnaître l'évolution de cette pratique, dans le sens exposé ci-dessus?

Allez-vous mettre en œuvre une politique de remboursement qui permettrait à un patient d'être pris en charge lorsqu'il a besoin d'ergothérapie même s'il vit à son domicile, permettant ainsi aux ergothérapeutes qui le souhaitent de vivre de leur métier comme indépendant?

miser davantage encore sur la numérisation, tant pour le patient que pour l'organisation de notre système de soins de santé.

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): België telt meer dan 15.000 ergotherapeuten, die vooral in loondienst werken in instellingen. Ondanks hun efficiëntie krijgen ze vaak te weinig erkenning en/of worden ze te weinig ingezet in ons eerstelijnsgezondheidszorgsysteem. Met name door de stijgende levensverwachting en de reorganisatie van de zorg is er nood aan een vollediger benadering. De patiënt beschikt vandaag slechts over schaarse mogelijkheden om een terugbetaling te krijgen en de zelfstandige ergotherapeuten kunnen moeilijk van hun beroep leven.

Bevestigt u dat het koninklijk besluit van 8 juli 1996 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van ergotherapeut momenteel herzien wordt? Wat zijn uw intenties wat het nieuwe koninklijk besluit betreft? Zult u de evolutie van de ergotherapie erkennen zoals ik hierboven vermeld heb? Zult u in een terugbetaling voorzien voor patiënten die behoefte hebben aan ergotherapeutische thuiszorg, waardoor ook de uitoefening van het beroep als zelfstandige verbeterd kan worden? Zult u de ergotherapeuten erkennen als sleutelfiguren in het

Comptez-vous mieux reconnaître l'ergothérapeute comme acteur de notre système de santé, notamment en première ligne, comme le recommande la Fondation Roi Baudouin dans son rapport d'avril 2023 intitulé "Go Ergo. Go!"?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, le Conseil fédéral des professions paramédicales et la Commission technique des professions paramédicales désirent mettre en place une section de travail dont l'objectif serait de soumettre un avis proposant la révision de l'arrêté royal du 8 juillet 1996 qui est, comme vous le dites, toujours le cadre législatif en vigueur actuellement pour la profession paramédicale d'ergothérapeute.

Leurs travaux n'ont pas encore débuté mais, lorsque cet avis conjoint sera finalisé, je pourrai me positionner quant à l'avenir de la profession d'ergothérapeute dans le système de santé. À l'heure actuelle, il est vrai que les prestations d'ergothérapie qui sont remboursables le sont essentiellement via les institutions (la rééducation multidisciplinaire en physiothérapie ou la prise en charge via des conventions de rééducation) mais il n'est pas exclu que l'ergothérapeute se déplace au domicile du patient.

Néanmoins, il existe des projets pilotes comme les projets "Protocole 3" qui prévoient des prestations d'ergothérapie plus larges, souvent dispensables au domicile des patients et accessibles aux ergothérapeutes indépendants. Ces prestations devraient prochainement connaître un cadre structurel définitif dans le futur plan interfédéral Soins intégrés mais les discussions sont toujours en cours. Ce plan en cours d'élaboration ne devrait être mis en œuvre qu'au second semestre 2024.

Il existe également une nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle certes réduite mais qui prévoit des prestations d'ergothérapie pouvant être dispensées par un ergothérapeute indépendant dans certains cas au domicile des patients avec des indications, il est vrai, limitées.

En bref, votre constat sur l'importance de l'ergothérapie est intéressant et je peux y souscrire. La réalité est nuancée en ce qui concerne les possibilités d'un ergothérapeute de prester de façon indépendante au domicile des patients mais des possibilités pour l'avenir peuvent être examinées. Je voudrais toutefois souligner qu'une éventuelle extension du remboursement des prestations d'ergothérapie via la nomenclature devrait veiller à ce que l'utilité de l'ergothérapie pour de nouvelles indications soit prouvée scientifiquement – c'est évident mais j'insiste quand même –, à ce que leur description les distingue suffisamment d'autres prestations déjà remboursables pour d'autres prestataires et au fait que la prise en charge d'une partie du groupe cible ressort des compétences des entités fédérées, par exemple pour les personnes porteuses d'un handicap. Voici quelques éléments de réflexion.

eerstelijnsstelsysteem, zoals recent geadviseerd werd door de Koning Boudewijnstichting?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: De Federale Raad voor de paramedische beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen willen een afdeling oprichten die tot doel heeft een advies op te stellen met het oog gericht op de herziening van het koninklijk besluit van juli 1996. Zodra dit advies uitgebracht is, zal ik over de toekomst van dat beroep beslissen.

Momenteel kunnen de verstrekkingen voornamelijk via de instellingen terugbetaald worden, bijvoorbeeld door middel van de tenlasteneming via de revalidatieovereenkomsten, maar huisbezoeken blijven mogelijk. Proefprojecten, zoals 'protocol 3', voorzien in uitgebreidere verstrekkingen, vaak aan huis en toegankelijk voor zelfstandigen.

Voor die verstrekkingen komt er binnenkort een definitief kader, in het toekomstig interfederaal plan voor geïntegreerde zorg, dat in de tweede helft van 2024 geïmplementeerd zal worden.

Er bestaat ook een nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, die weliswaar beperkt is, maar die ruimte laat voor de verstrekkingen die zelfstandige ergotherapeuten bij patiënten met beperkte indicaties thuis kunnen verlenen.

Die verstrekkingen door een zelfstandige thuis zouden in de toekomst uitgebreid kunnen worden. Elke uitbreiding van de terugbetaling via de nomenclatuur zou echter gebaseerd moeten zijn op een wetenschappelijk bewijs van het nut van nieuwe indicaties die zich van verstrekkingen onderscheiden die al terugbetaald kunnen worden, en op het feit dat de tenlasteneming van de doelgroep binnen de bevoegdheid van de deelgebieden valt, bijvoorbeeld voor personen met een handicap.

02.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse.

Nous verrons quel sera le travail réalisé en vue d'amener – je l'espère – une révision de l'arrêté royal. Je crois qu'on doit quand même se projeter vers l'avenir. La réalité d'aujourd'hui n'en tient pas suffisamment compte, et je répète que leur plus-value n'est pas négligeable.

Vous dites qu'il y a des possibilités au domicile, mais celles-ci sont très limitées. Par ailleurs, dans le cadre de ce qu'il existe aujourd'hui, les nomenclatures à domicile ne sont accessibles qu'aux patients qui sortent d'un centre ayant signé une convention avec l'INAMI. En outre, l'arrêté est vide à la suite de la sixième réforme de l'État. On a perdu des ergothérapeutes qui s'investissaient de cette manière et qui, aujourd'hui, ont dû rendre leur calendrier.

Les patients ont droit à de l'ergothérapie quand ils sont dans une institution. Or, on a parfois intérêt à ce que les patients qui ne sont pas dans une institution puissent bénéficier de la même approche et des mêmes soins, avec un enjeu très particulier sur le maintien à domicile mais aussi sur l'autonomie et la persistance de celle-ci. Et vous n'ignorez pas, monsieur le ministre, qu'une perte d'autonomie s'accompagne parfois de pathologies plus sévères et qui coûtent plus cher.

Je pourrais d'ailleurs faire la même réflexion quant à la prise en charge de certains enfants qui ont besoin d'une approche particulière de l'ergothérapie. J'ose donc espérer qu'on va faire évoluer les mentalités, mais aussi avoir cette approche "out of the box" avec les ergothérapeutes, au plus grand bénéfice des patients en dépendance, mais pas nécessairement, pour demain et après-demain. J'espère donc que les lignes politiques évolueront.

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

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stabiliteit van de werkzame stof disulfiram" (55037352C)

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La stabilité de la substance active disulfirame" (55037352C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft disulfiram of Antabuse, een medicijn dat wordt gebruikt bij alcoholverslaving. De firma Sanofi had beslist het medicijn van de markt te halen, maar sinds het begin van de maand is het geneesmiddel opnieuw beschikbaar dankzij een samenwerking tussen artsen en apothekers die de productie in eigen beheer hebben opgestart.

Graag verneem ik van u of u contact hebt gehad met Sanofi over de stopzetting van de productie van het geneesmiddel? Zo ja, wat waren de conclusies? Zo niet, waarom is er geen contact meer geweest?

Bent u op de hoogte van de samenwerking tussen de artsen en de apothekers? Welk belang hecht u aan die samenwerking? Hebt u er ook aan deelgenomen?

02.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Ik hoop dat het koninklijk besluit binnenkort zal worden herzien.

In het huidige systeem wordt er niet genoeg rekening gehouden met dat beroep.

De mogelijkheden tot ergotherapie aan huis blijven beperkt en de nomenclaturen voor verstrekkingen aan huis zijn enkel van toepassing op patiënten die uit een centrum met een RIZIV-overeenkomst komen.

Een patiënt heeft recht op ergotherapie in een instelling, maar men heeft er belang bij om degenen die niet in een instelling verblijven dezelfde zorg te bieden; het is belangrijk dat patiënten thuis kunnen blijven wonen en dat ze zelfredzaam blijven. Het verlies van zelfredzaamheid gaat vaak gepaard met aandoeningen die hogere kosten meebrengen. Hetzelfde geldt voor de behandeling van bepaalde kinderen.

Ik hoop dat we een mentaliteitswijziging kunnen bewerkstelligen en dat er samen met de ergotherapeuten een benadering kan worden uitgewerkt ten behoeve van de patiënten.

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Après la décision du fabricant de retirer l'Antabuse du marché, ce médicament est à nouveau disponible grâce à une collaboration entre médecins et pharmaciens qui se sont lancés dans la préparation magistrale.

Le ministre s'est-il concerté avec Sanofi, le fabricant de l'Antabuse? Que pense-t-il de cette initiative des pharmaciens et médecins? Le

Hoe kan u in het belang van de patiënten een stabiele voorraad van disulfiram verzekeren? Het probleem waren immers de verontreinigingen die mogelijk in de grondstof aanwezig zijn. Kan een kwaliteitsgarantie van de grondstof geboden worden? Welke afspraken werden hieromtrent gemaakt met het FAGG?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het FAGG stond in nauw contact met de vergunninghouder in verband met de stopzetting van de commercialisatie van Antabuse. Sanofi heeft meegedeeld niet terug te komen op de beslissing om de commercialisatie te beëindigen. Het FAGG blijft naar een oplossing zoeken.

Sinds de beschikbaarheid van de grondstof disulfiram kunnen de apothekers inderdaad op basis van het doktersvoorschrift een magistrale bereiding maken om hun patiënten te helpen. Dat is een normale samenwerking tussen artsen en apothekers die in de wetgeving is voorzien. We zijn ervan op de hoogte dat disulfiram momenteel voornamelijk magistraal wordt voorgeschreven.

Het FAGG voert nu besprekingen voor het toekennen van een vergunning voor het in de handel brengen van een geneesmiddel met disulfiram als actief bestanddeel op basis van een bestaande vergunning voor het in de handel brengen in een andere Europese lidstaat. Intussen kunnen de patiënten geholpen worden met een magistrale bereiding of door invoer door de apotheker conform artikel 105 van het KB van 14 december 2006, op basis van een voorschrift en een artsenverklaring. Sommige patiënten kunnen geholpen worden met andere geneesmiddelen: acamprosaat, onder de merknaam Campral, nalmefeen, merknaam Selincro en naltrexon, merknaam Naltrexone Accord. Die producten hebben echter een andere werking en zullen dus niet voor iedere patiënt een valabel alternatief zijn.

Voor gebruik in magistrale bereidingen dient de grondstof disulfiram overeenkomstig de regelgeving voor grondstoffen ofwel over een vergunning te beschikken gebaseerd op de monografie in de Europese farmacopee, ofwel vergezeld te zijn van analysecertificaat dat zijn kwaliteit garandeert.

03.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de alternatieven waarnaar u verwijst, zijn, zoals u zelf aangeeft, niet altijd toereikend voor alle patiënten. Ze zijn vaak ook duurder.

Wat mij echter vooral interesseert, is de kwaliteitsgarantie van de grondstoffen. U verwijst naar het analysecertificaat en naar de monografie. U weet dat u heel wat werk hebt om die monografieën opnieuw in orde te brengen. Ik meen vernomen te hebben dat het koninklijk besluit inzake de monografieën er nog steeds niet is.

Essentieel is dat de patiënt die het geneesmiddel neemt, een sluitende kwaliteitsgarantie krijgt over de grondstof disulfiram. Ik durf te stellen dat die situatie vandaag niet geoptimaliseerd is. Wanneer het FAGG over een nieuwe vergunning voor het geneesmiddel disulfiram spreekt aan de hand van een bestaande vergunning in een ander land, dan is dat goed. Het is ook heel goed dat het een toegankelijk en vrij goedkoop geneesmiddel betreft voor patiënten die met een alcoholversla-

principe actief, le disulfirame, pourrait être contaminé. Comment peut-on garantir la stabilité du stock? Quels accords ont-ils été conclus à ce sujet avec l'AFMPS?

03.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'AFMPS est resté en contact étroit avec Sanofi concernant l'arrêt de la commercialisation de l'Antabuse. Sanofi ne reviendra pas sur sa décision. L'AFMPS continue à chercher une solution.

Depuis que la substance active, le disulfirame, est à nouveau disponible, les pharmaciens sont effectivement en mesure de réaliser une préparation magistrale sur la base de la prescription du médecin.

L'AFMPS mène actuellement des pourparlers en vue de l'octroi d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament sur la base d'une autorisation existante dans un autre État membre de l'Union européenne. D'autres médicaments sont également disponibles, mais ils n'agissent pas de la même façon et ne constituent dès lors pas une alternative valable pour tous les patients concernés.

Pour utiliser aux fins de préparations magistrales la matière première disulfirame, il faut garantir sa conformité à la réglementation européenne afin de garantir sa qualité.

03.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Les alternatives sont non seulement insuffisantes mais également plus coûteuses. Les patients qui prennent le médicament doivent bénéficier d'une garantie de qualité absolue. Or cette garantie n'a pas été optimisée à ce jour. Je demande donc au ministre de remettre une fois de plus sur le métier l'arrêté royal relatif aux monographies.

ving kampen. Die kwaliteitsgarantie moeten we blijven voorstaan. Mijnheer de minister, dat is nogmaals een oproep om het koninklijk besluit inzake de monografieën af te ronden.

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

04 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le fonctionnement de la Croix-Rouge" (55037355C)

04 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De werking van het Rode Kruis" (55037355C)

04.01 Patrick Prévot (PS): Madame la présidente, monsieur le ministre, au regard du résultat des comptes pour l'année 2022, la Croix-Rouge de Belgique a enregistré 148 450 prélèvements de sang et 9 695 prélèvements de plaquettes, une récolte assez faible qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs comme le retard de collectes accumulé dans les écoles, mais aussi par l'instauration du télétravail dans les entreprises qui fait qu'il y a moins de donneurs les jours de présence de la Croix-Rouge.

Face à ce changement, la Croix-Rouge a un plan: mieux cibler les firmes, relancer les prélèvements dans les villages, fidéliser les donateurs recensés. Le Parlement fédéral n'échappe pas à ce plan: la Croix-Rouge vient régulièrement dans notre institution dont les services rappellent à tous les membres l'importance de ce geste citoyen. C'est en fait Rode Kruis-Vlaanderen qui vient au Parlement. Il se fait que la carte de donneur de sang des personnes donnant également leur sang en Wallonie n'est pas acceptée.

Monsieur le ministre, quel est l'impact de cette scission entre la Rode Kruis et la Croix-Rouge? Qu'en est-il aujourd'hui du financement de ces deux structures? Qu'en est-il sur le terrain en termes de répartition des stocks dans les différents hôpitaux du Nord et du Sud du pays? Pourquoi un citoyen habituellement donneur de son sang à la Croix-Rouge ne peut-il pas tendre sa carte de donneur à son pendant néerlandophone?

04.01 Patrick Prévot (PS): In 2022 heeft het Croix-Rouge de Belgique 148.450 bloeddonthaties en 9.695 donaties van bloedplaatjes geregistreerd. Die lage aantallen kunnen verklaard worden door de achterstand bij de bloedinzameling in de scholen en een afname van het aantal donoren in de bedrijven ten gevolge van de invoering van het telewerk. Het Rode Kruis wil zijn acties beter op de bedrijven afstemmen, de bloedinzamelingen in de dorpen heropstarten en een getrouwheidsrelatie opbouwen met de donoren.

Het Rode Kruis komt regelmatig naar het federale Parlement en de diensten wijzen alle leden op het belang van dat gebaar van burgerzin. Aangezien het Rode Kruis-Vlaanderen zich verplaatst, wordt de Waalse bloedgeverskaart niet aanvaard.

Welke impact heeft die opsplitsing tussen Rode Kruis-Vlaanderen en Croix-Rouge op het stuk van de financiering en de verdeling van de voorraden in de ziekenhuizen? Waarom is de bloedgeverskaart van een Franstalige donor niet geldig aan Nederlandstalige kant?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, monsieur le député, la création de deux ailes distinctes au sein de la Croix-Rouge de Belgique date de 1972. Depuis lors, la Rode Kruis-Vlaanderen et la Croix-Rouge fonctionnent de façon autonome.

À l'heure actuelle, on compte quatre établissements de transfusion sanguine agréés en Belgique. Par le passé, ils étaient encore plus nombreux.

Si on établit une comparaison avec l'étranger, on constate que certains pays travaillent avec un seul établissement national de transfusion sanguine. C'est le cas, par exemple, de l'Australie. D'autres pays travaillent avec plusieurs établissements de transfusion sanguine comme les

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: De oprichting van twee autonome vleugels binnen het Belgische Rode Kruis dateert van 1972. In België zijn er vier bloedtransfusiecentra erkend, maar vroeger waren dat er meer. Landen zoals Australië werken met één nationaal centrum, maar in andere landen zijn dat er meerdere.

Rode Kruis-Vlaanderen en het Croix-Rouge hebben dezelfde

États-Unis. Les deux sont capables de fournir les stocks de sang nécessaires.

Le financement de la Rode Kruis-Vlaanderen et de la Croix-Rouge suit des règles identiques basées sur trois sources de financement distinctes:

- La vente de plasma à la firme CSL Behring, qui a été retenue dans le cadre d'un marché public pour produire deux types de dérivés du plasma destinés aux hôpitaux belges (albumine et immunoglobuline).
- Une subvention de 24,79 euros par litre de plasma fourni aux prestataires de service - actuellement, CSL Behring - financé par un prélèvement de 0,10 % sur les primes d'assurance automobile. Ce financement trouve sa base légale et réglementaire dans la loi du 7 août 1974 et l'arrêté royal du 16 décembre 1974.
- Une subvention annuelle de l'AFMPS pour les tests NAT-HIV1 et NAT-HCV, en application de l'article 7bis de la loi du 5 juillet 1994.

Le prix du plasma vendu à la firme CSL Behring étant fixé pour la durée du marché, jusqu'à la fin novembre 2025, une majoration de subsides versés à la Croix-Rouge et à Rode Kruis à partir des primes d'assurance automobile est actuellement examinée, en vue de l'élaboration du budget 2024 afin de remédier aux difficultés financières auxquelles se heurtent ces établissements.

Par ailleurs, pour optimiser l'utilisation des soldes disponibles et leur répartition entre les hôpitaux, diverses initiatives sont en cours, notamment à l'instigation de Belgian Quality in Transfusion (BeQuinT), une plate-forme d'experts installée au sein du SPF Santé publique. Pour le moment, "BeQuinT étudie les possibilités d'échange de données entre les banques de sang des hôpitaux belges. Il s'agit principalement de données sur les anticorps contre les concentrés érythrocytaires et plaquettaires qui ne peuvent plus être détectés au fil du temps. Il s'agit d'informations importantes pour la sélection des composants sanguins avec le groupe sanguin correct pour les patients".

La deuxième initiative: BeQuinT examine si une demande d'étude auprès du KCE pourrait être utile en vue de développer un plan national de pénurie de sang, conformément aux récentes directives du Conseil de l'Europe et plus particulièrement de la European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare. L'AFMPS assure déjà le suivi de l'approvisionnement national en sang. L'idée est vraiment de développer un plan national de pénurie de sang.

La troisième initiative: à l'avenir, BeQuinT étudiera la possibilité de mettre en place un programme national de sang rare en collaboration avec les quatre établissements de transfusion sanguine. Du "sang rare" signifie que le phénotype du groupe sanguin et du composant sanguin est présent chez moins d'une personne sur 500.

Quant aux cartes de donneur, elles comportent essentiellement un code d'identification qui permet de retrouver dans la base de données de l'établissement de transfusion sanguine dans lequel le don a été fait toutes les caractéristiques du donneur (identification, adresse, antécédents personnels, données du dernier don, etc.) ainsi que les données techniques du don (matériel utilisé, réactifs utilisés, volume prélevé, etc.).

Chaque établissement gère sa propre base de données et n'a pas accès aux données des autres établissements afin de garantir la sécurité des données et la plus grande confidentialité.

financieringsbronnen en -regels: de verkoop van plasma aan de firma CSL Behring maakt deel uit van een overheidscontract voor de productie van twee derivaten voor de Belgische ziekenhuizen; er wordt een subsidie van 24,79 euro per liter plasma verstrekt, die gefinancierd wordt door een heffing van 0,10 % op de autoverzekeringspremies. Het FAGG kent een jaarlijkse subsidie toe voor de NAT-tests voor HIV1 en HCV.

Aangezien de prijs van het plasma dat aan CSL Behring verkocht wordt, vastligt totdat de overheidsopdracht in november 2025 verstrijkt, wordt overwogen om de subsidie die met de autoverzekeringspremies gefinancierd wordt, te verhogen om de financiële problemen te verlichten.

Om het gebruik en de verdeling van de voorraden tussen ziekenhuizen te optimaliseren, buigt het expertenplatform Belgian Quality in Transfusion (BeQuinT) zich over de mogelijkheden van gegevensuitwisseling tussen de bloedbanken van de Belgische ziekenhuizen. Het platform overweegt ook het KCE om een studie te vragen met het oog gericht op de uitwerking van een nationaal plan voor het tekort aan bloed, in overeenstemming met de richtlijnen van de Raad van Europa.

BeQuinT onderzoekt of het nuttig zou zijn om een studie uit te voeren met het oog gericht op de ontwikkeling van een nationaal plan in geval van bloedtekorten. Het FAGG staat nu al in voor de bloedvoorziening.

Het derde initiatief is het onderzoek naar de invoering van een programma voor zeldzame bloedgroepen, waarvan het fenotype voorkomt bij minder dan een op 500 personen.

Op de bloedgeverskaart staat een identificatiecode vermeld, die verwijst naar de gegevens van de donor en de bloeddonatie. Elk transfusiecentrum beheert zijn eigen

databank en heeft geen toegang tot de andere gegevens.

04.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Vous êtes revenu sur l'historique de la création des deux ailes distinctes et du fonctionnement autonome de chacun d'elle.

04.03 Patrick Prévot (PS): Ik zou niet willen dat men met ons bloed op de communautaire toer gaat.

Si je comprends qu'il y a des règles et des modes de fonctionnement identiques, je ne voudrais pas qu'on communautarise notre sang. Si je donne mon sang et qu'il y a une pénurie au Nord du pays, je serais heureux que mon sang de Wallon puisse aider des hôpitaux flamands. C'est une interrogation quant au cas particulier sur lequel je revenais.

Ik begrijp dat BeQuinT verschillende pistes en initiatieven bestudeert.

En outre, j'entends que BeQuinT examine une série de pistes et d'initiatives pour la répartition des stocks dans les hôpitaux du pays, tant au Nord qu'au Sud. Il examine également un plan national de pénurie de sang – d'année en année, on répète que nous sommes en manque de sang et cela pourrait être une bonne initiative – ainsi qu'une base de données pour les sangs rares.

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

De **voorzitter**: Collega Rigot is niet aanwezig om zijn vraag nr. 55037356C te stellen.

05 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetalingsmogelijkheden voor diëtetiekverstrekkingen" (55037362C)

05 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les possibilités de remboursement des prestations de diététique" (55037362C)

05.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, de terugbetalingsmogelijkheden van diëtetiekverstrekkingen zijn zeer beperkt. Ten eerste is er in heel veel medische situaties geen terugbetaling. Ten tweede liggen de wettelijk vastgestelde tarieven te laag bij de verstrekkingen waarvoor wel een terugbetaling geldt, bijvoorbeeld een terugbetaling in het kader van een zorgtraject diabetes type II, een zorgtraject chronische nierinsufficiëntie of diëtconsultaties voor kinderen met overgewicht of obesitas.

05.01 Mieke Claes (N-VA): Les possibilités de remboursement des prestations de diététique sont très limitées. Dans de très nombreuses situations médicales, aucun remboursement n'est prévu et, de plus, les tarifs fixés par la loi sont trop bas pour les prestations qui donnent lieu à un remboursement.

Die laatste groep – kinderen met overgewicht of obesitas – neem ik even als voorbeeld. Voor die consultaties bedragen de honoraria 22,77 euro of 45,54 euro. Voor de duidelijkheid: wij vinden uiteraard niet dat de patiënt plots meer moet ophoesten, maar we zijn wel van mening dat diëtisten, zoals elke beroepsgroep, financieel correct vergoed moeten worden.

Les diététiciens ont droit à un salaire décent. Les séances non remboursées sont coûteuses pour le patient et, pour les séances remboursées, les diététiciens peuvent à peine augmenter leurs tarifs dès lors qu'ils constatent que les prestations deviennent hors de prix pour les patients. Pourtant, les coûts des diététiciens augmentent également. Contrairement aux autres acteurs de la santé, ils ne reçoivent pas de prime télématique et n'ont pas accès au dossier électronique du patient. Cet accès pourrait pourtant faire toute la différence pour les conseillers en nutrition non réglementés.

Voor consultaties zonder wettelijke terugbetalingsmogelijkheid geven diëtisten ook aan dat zij hun prijzen slechts in zeer beperkte mate kunnen verhogen, aangezien ze elke dag ervaren dat patiënten een financiële drempel over moeten om een diëtist te raadplegen. Die drempel is nu al redelijk hoog. Nochtans worden ook diëtisten geconfronteerd met stijgende kosten.

Daarnaast krijgen diëtisten, in tegenstelling tot verpleegkundigen, kinesisten en andere zorgactoren, bovendien geen telematicapremie en toegang tot het elektronisch patiëntendossier. Nochtans kan die toegang tot het elektronisch patiëntendossier, uiteraard alleen tot de relevante onderdelen, het verschil maken met de niet-gereguleerde voedingsconsulenten.

Le ministre partage-t-il le point de

Mijnheer de minister, deelt u de mening van de diëtisten in het werkveld dat de huidige terugbetalingsmogelijkheden ontoereikend zijn? Bent u van plan om daar iets aan te doen? Gaat u met de diëtisten akkoord dat de wettelijk vastgestelde tarieven toe zijn aan een herziening?

Denkt u daarnaast na over een telematicapremie voor diëtisten? Hoe staat u tegenover het verlenen van toegang tot de relevante onderdelen van het patiëntendossier?

Door de huidige bepalingen wordt het voor diëtisten steeds moeilijker om het hoofd boven water te houden. Meer dan eens is dat voor hen een reden om professioneel een andere weg in te slaan, wat natuurlijk zonde is, gezien hun expertise. Wat zult u doen voor de diëtisten om het tij te keren?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Claes, de huidige indicaties voor monodisciplinaire diëtietiekverstrekkingen waarin de ziekteverzekering tussenkomt, beperken zich inderdaad tot patiënten met een zorgtraject wegens chronische nierinsufficiëntie, kinderen met overgewicht en diabetespatiënten. Wat u schetst, is dus juist, maar ik wil wel zeggen dat alle diabetespatiënten met recht op terugbetaling op zich al een grote groep vormen van vermoedelijk minstens 500.000 patiënten. In de praktijk worden diëtietiekverstrekkingen echter alleen gerealiseerd voor een relatief klein deel van de doelgroep.

De eerste conclusie is dus dat, als in de praktijk vaker een beroep zou worden gedaan op de bestaande mogelijkheden, het werkveld voor de diëtisten er in ieder geval al helemaal anders zou uitzien, ook zonder een nieuwe verruiming van de indicaties waarvoor de ziekteverzekering dieetbegeleiding terugbetaalt. Er is daar dus een probleem van bewustzijn, sensibilisering, informatie enzovoort.

De ziekteverzekering vergoedt ook allerlei multidisciplinaire revalidatie- en zorgprogramma's waaraan ook diëtisten kunnen bijdragen. Zo maken diëtisten deel uit van het multidisciplinair team dat door de ziekteverzekering wordt gefinancierd op basis van RIZIV-overeenkomsten met heel wat revalidatiecentra, multidisciplinaire zorgcentra en referentiecentra voor allerlei ziekten, dikwijls chronische ziekten. Daarnaast kunnen diëtisten ook worden ingeschakeld in het kader van de multidisciplinaire revalidatiezittingen K30, K45 en K60 van de nomenclatuur fysiotherapie, die in de meeste ziekenhuizen kunnen worden aangeboden voor allerlei indicaties. Die realiteit kent u echter ook.

Voor de monodisciplinaire dieetbegeleidingssessies bedraagt het honorarium momenteel inderdaad 22,77 euro voor een zitting van 30 minuten en 45,54 euro voor een zitting van 60 minuten. De diëtistenverenigingen zijn van mening dat die honoraria te laag zijn en vragen dus om ze op te trekken. Ik ben me daarvan bewust. Ik beweer dus geenszins dat de honoraria heel hoog zijn. In het kader van de ziekteverzekering zijn er evenwel heel wat verstrekkingen van diverse zorgverleners waarvoor in soortgelijke honoraria is voorzien. Ik verwijs naar de podologen en de orthoptisten waarvoor dezelfde honoraria gelden. Ik stel vast hoe breed een mogelijk probleem van te lage honoraria is en hoe breed de verzuchtingen kunnen gaan. Ik moet daar dus rekening mee houden.

Dat neemt evenwel niet weg dat er al stappen zijn gezet naar betere honoraria voor diëtisten. Zo is in het kader van de RIZIV-overeenkomst post-covid aanvaard dat diëtisten sinds 1 januari 2023 voor een sessie van minimaal 30 minuten 26,50 euro kunnen aanrekenen.

vue selon lequel les possibilités de remboursement sont insuffisantes? Est-il d'accord pour dire qu'il faut revoir les tarifs légaux? Envisage-t-il d'accorder aux diététiciens une prime télématique? Que pense-t-il de l'accès des diététiciens aux parties pertinentes du dossier du patient? Que compte faire le ministre pour inverser la tendance des départs dans cette profession?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pour les prestations monodisciplinaires de diététique, l'assurance maladie n'intervient que pour les patients qui suivent un trajet de soins en raison d'une insuffisance rénale chronique, les enfants en surcharge pondérale et les patients diabétiques. Il s'agit au total d'environ 500 000 patients, même si seule une petite partie d'entre eux consulte un diététicien. La première conclusion est donc que le groupe ayant droit à l'intervention doit être informé et sensibilisé et que le domaine d'action des diététiciens se présenterait dès lors automatiquement de façon tout à fait différente.

L'assurance maladie intervient également dans toutes sortes de programmes multidisciplinaires de revalidation et de soins auxquels les diététiciens peuvent également participer. Cette participation a lieu sur la base de conventions INAMI avec les centres de revalidation, les centres de soins multidisciplinaires et les centres de référence pour toutes sortes de maladies. Par ailleurs, il peut également être fait appel à des diététiciens dans le cadre des séances de revalidation multidisciplinaire K30, K45 et K60 de la nomenclature de la physiothérapie.

Pour les séances d'accompagnement diététique multidisciplinaire, le tarif est actuellement de 22,77 euros pour 30 minutes et de 45,54 euros pour 60 minutes. Les associations de diététiciens demandent d'augmenter ces tarifs. Je

Momenteel is niet voorzien in een telematicapremie voor diëtisten. Dergelijke premies bestaan in de praktijk alleen voor zorgberoepen met veel beoefenaars en veel activiteiten in het kader van de ziekteverzekering, waarvoor bovendien belangrijke verplichtingen op het vlak van het gebruik van informatica zijn opgelegd – bijvoorbeeld verplichte elektronische facturatie – of waar grote hoeveelheden informatie worden uitgewisseld tussen de zorgverlener, de voorschrijver en de verzekeringsinstellingen.

Als een arts voor een patiënt dieetbegeleiding voorschrijft, kan de arts in de verwijfsbrief voor de diëtist zeker de medische informatie opnemen die de arts relevant vindt voor de diëtist. Diëtisten hebben momenteel evenwel geen toegang tot onderdelen van het medisch dossier dat de huisarts bijhoudt. Er wordt voorrang gegeven aan beroepen met veel meer activiteiten in het kader van de ziekteverzekering om de toegang tot dergelijke informatie voor die beroepen te regelen.

Ik beschik niet over aanwijzingen, maar het is mogelijk dat de lage honoraria sommige diëtisten uit het beroep kunnen doen stappen, waardoor een tekort aan diëtisten dreigt te komen. Dieetadvies moet in de toekomst een belangrijke rol spelen in ons beleid inzake volksgezondheid en gezondheidszorg. Ik verwees al even naar diabetes waarbij we de poort ruimer hebben opengezet via het starttraject voor dieetadvies dat wordt terugbetaald.

Ook in wat we nog zullen ontwikkelen rond obesitas en eetstoornissen krijgt de diëtist een heel prominente rol, ook met terugbetaling. Dan zitten we in trajecten, in georganiseerde aanpak, in multidisciplinariteit. Dat is de richting die we uit moeten. Dat vraagt veel tijd. We hebben geduld nodig voordat dat allemaal uitgewerkt is. Ik ga er wel van uit dat de diëtist in de toekomst een steeds belangrijker rol zal spelen in geïntegreerde zorg.

ne prétends pas qu'ils sont élevés, mais ils sont comparables à ceux de nombreux autres prestataires de soins. L'augmentation de ces tarifs aurait donc un impact budgétaire important. Néanmoins, des démarches ont déjà été entreprises et depuis le 1^{er} janvier, les diététiciens peuvent demander 26,50 euros pour 30 minutes dans le cadre de la convention INAMI post-covid.

Aucune prime télématique n'est prévue pour les diététiciens. Cette prime ne s'applique qu'aux professions de soins de santé qui comptent un grand nombre de prestataires, d'activités remboursées et d'échanges d'informations et qui doivent satisfaire à des obligations en matière d'informatique telles que la facturation électronique.

Les diététiciens n'ont pas accès au dossier médical constitué par le médecin généraliste. Celui-ci peut communiquer des informations pertinentes sur une lettre de renvoi. Nous réglons l'accès au dossier médical pour d'autres groupes professionnels dont les activités dans le cadre de l'assurance maladie sont nettement plus nombreuses.

Il semble en effet que de nombreux diététiciens quittent la profession en raison du faible niveau des honoraires. Les avis en matière de diététique constituent un pilier important de la future politique de santé publique. Pour le traitement du diabète, nous avons mis en place un trajet de démarrage pour des avis en diététique remboursés. Le diététicien aura également un rôle important à jouer, avec des prestations remboursées, dans le cadre du traitement de l'obésité et des troubles alimentaires. Nous devons évoluer dans le sens de soins multidisciplinaires, mais leur mise en place nécessite un certain temps.

05.03 Mieke Claes (N-VA): Het is fijn om te horen dat u het nut inziet van de diëtisten, maar zoals u zelf ook zegt, moeten we geduld hebben, veel geduld. De diëtisten hebben al heel veel geduld gehad. Daar mag wel een tandje worden bijgestoken.

Aan het begin van uw antwoord zei u dat we moeten kijken naar de

05.03 Mieke Claes (N-VA): Le ministre conçoit bien l'utilité des diététiciens. Ils doivent être patients, mais ont déjà fait preuve de beaucoup patience. En outre, les diététiciens peuvent jouer un rôle plus

groep van diabetespatiënten. Daar liggen nog heel wat kansen voor de diëtisten. Dat is natuurlijk omgekeerd benaderd. Er zijn veel patiënten met andere medische problematieken die ook een hulpvraag hebben voor de diëtisten. De patiënt kiest nog altijd zijn aandoening of ziekte niet. Heel veel kinderen of volwassenen worden geconfronteerd met een zware allergie, waarbij de diëtist een heel belangrijke en voorname rol kan spelen. Ik denk aan maag-darmproblematieken, de ziekte van Crohn enzovoort. Zo zijn er nog genoeg voorbeelden. Ook daar is er vandaag geen terugbetaling, terwijl dat jammer is. Diëtisten hebben vaak een andere expertise. Niet elke diëtist is gespecialiseerd in diabetes. Niet elke diëtist heeft de extra opleiding voor diabeteseducator gevolgd. Daar moeten we toch wel breder kijken dan enkel naar de trajecten die vandaag bestaan.

Volgens de cijfers studeren er veel diëtisten af, maar er zijn ook heel veel diëtisten die afhaken. Volgens de cijfers schieten we echt wel tekort voor de bestaande noden en hulpvragen voor obesitas en overgewicht. Hopelijk kan daar sneller werk van worden gemaakt en wordt dit niet weer op de lange baan geschoven.

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

06 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbakening van de beroepen van diëtist en voedingsconsulent" (55037363C)

06 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délimitation des professions de diététicien et de conseiller en nutrition" (55037363C)

06.01 Mieke Claes (N-VA): Diëtist is een wettelijk beschermde titel en een paramedisch beroep erkend door het RIZIV. Elke diëtist moet minstens een drie jaar durende bachelor hebben gevolgd inclusief een stage van 600 uren. De laatste jaren krijgen diëtisten echter steeds meer concurrentie van coaches die geen of slechts een beperkte opleiding hebben genoten. Die 'voedingsconsulenten' of 'voedingscoaches' zijn geen erkend paramedisch beroep.

Wettelijk gezien is er een duidelijk verschil. In tegenstelling tot een voedingsconsulent kan enkel een diëtist voedingsadvies geven in het kader van een medische problematiek. In de praktijk valt dat moeilijk te controleren met alle medische gevolgen van dien. Bovendien lijken heel wat voedingsconsulenten zich niet bewust van wat al dan niet is toegestaan en heerst er ook bij de patiënten veel verwarring.

Influencers en voedingsconsulenten die niet altijd beschikken over voldoende expertise, maken ook vaak reclame voor commerciële producten die lang niet altijd voor iedereen het gezondste alternatief zijn. Diëtisten zijn vaak minder commercieel ingesteld. Hun eerste doel is niet meteen reclame maken. Ze hebben meer dan eens het gevoel dat te moeten rechtekken, terwijl hun mogelijkheden om bepaalde producten te promoten beperkt zijn. Vandaar volgende vragen:

Denkt u na over een betere afbakening van het beroep 'voedingsconsulent' tegenover de wettelijk beschermde titel van diëtist? Kan dat via het wettelijk erkennen van dergelijke profielen zoals in Nederland?

Ontving de FOD Volksgezondheid in de laatste vijf jaar klachten over dergelijke voedingsconsulenten en worden daarop controles uitgevoerd?

In welke mate wordt er opgetreden tegen het verschaffen van foutieve

utile pour de nombreux types de patients. Tous les diététiciens ne sont pas éducateurs en diabétologie. J'espère que les trajets de soins sur l'obésité et le surpoids seront bientôt prêts.

06.01 Mieke Claes (N-VA): Le titre de diététicien est protégé par la loi. Il s'agit d'une profession paramédicale reconnue par l'INAMI. Ces dernières années, on voit apparaître de plus en plus de conseillers et de coaches en nutrition peu qualifiés. Seuls les diététiciens sont habilités à formuler des conseils nutritionnels en cas de problème médical. Les conseillers en nutrition ignorent souvent ce qui est autorisé et ce qui ne l'est pas.

Le ministre songe-t-il à une meilleure délimitation entre la profession de conseiller en nutrition et le titre légalement protégé de diététicien? Le SPF Santé publique a-t-il reçu des plaintes au sujet de conseillers en nutrition au cours des cinq dernières années? Des mesures ont-elles été prises pour sanctionner la diffusion de fausses informations?

informatie, bijvoorbeeld wanneer een voedingsconsulent foutief voedingsadvies geeft bij een medische problematiek?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Momenteel zijn er geen verdere plannen om andere profielen of beroepen dan dat van de diëtist in dit domein te erkennen als een paramedisch beroep. Ik beaam dat het beroep van diëtist een belangrijke schakel is binnen ons gezondheidssysteem, die wat mij betreft nog belangrijker mag worden.

Voeding speelt in onze samenleving een steeds belangrijkere rol. Dat wordt ook aangetoond door het opduiken van allerhande beroepen binnen het domein van de voeding. Mensen zonder de vereiste kwalificatie of mensen die handelingen delegeren aan personen zonder vereiste kwalificatie kunnen juridisch bestraft worden. De uitoefening van handelingen die zijn voorbehouden aan een diëtist door een zogenaamde coach of consulent valt onder de onwettige uitoefening van de gezondheidszorg.

Voordat de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg in werking trad, waren klachten en inspecties de verantwoordelijkheid van de provinciale geneeskundige commissies en het parket. Sinds de kwaliteitswet van kracht is, heeft de Federale Toezichtcommissie de taak om illegale praktijken te bestrijden overgenomen van de provinciale commissies.

Mijn administratie heeft in het verleden enkele klachten over voedingsconsulenten ontvangen. Die waren afkomstig van diëtisten, en zelden van patiënten. De dossiers werden onderzocht en zijn daarna aan het parket bezorgd.

Ik wil benadrukken dat de opleiding van erkende diëtisten voldoet aan strenge kwaliteits- en minimale kwalificatiecriteria. Om het hoge kwaliteitsniveau in de praktijk te handhaven, is men verplicht om bijscholing te volgen. Dat zijn allemaal belangrijke gegevens die u goed kent en die ook het grote publiek zou moeten kennen. We moeten ervoor zorgen dat de mensen zich bewust zijn van het verschil.

Nog eens, de diëtist moet wat mij betreft een groeiende rol spelen. Ik was daarnet in mijn antwoord misschien een beetje onduidelijk, maar ik heb het even opgezocht: U weet dat we voor het zorgtraject voor diabetes een startproject plannen, wat de poort veel breder zal openzetten. Daarvoor moet het koninklijk besluit nog afgerond en gepubliceerd worden, maar die belangrijke verruiming inzake terugbetaald dieetadvies is komende. Hetzelfde zal gelden voor het zorgtraject voor obesitas en eetstoornissen, maar daar is wat meer geduld voor nodig.

06.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, u geeft aan dat de klachten hoofdzakelijk van diëtisten komen, en niet zozeer van patiënten. Dat verwondert mij niet, natuurlijk.

06.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Aucune initiative n'est en cours pour reconnaître d'autres titres que celui de diététicien en tant que profession paramédicale dans ce domaine. Étant donné que l'alimentation joue un rôle de plus en plus important dans notre société, le rôle de diététicien devrait selon moi être encore plus important.

Accomplir des actes sans la bonne qualification ou déléguer des actes à une personne ne possédant pas la qualification requise est punissable. Les conseillers en nutrition qui accomplissent des actes réservés aux diététiciens se rendent coupables d'exercice illégal des soins de santé.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi qualité, c'est la Commission fédérale de contrôle, et non plus les commissions provinciales, qui est compétente pour la lutte contre les pratiques illégales. Quelques plaintes ont été reçues dans le passé à propos de conseillers en nutrition, mais elles n'émanaient pas de patients, mais de diététiciens. Les dossiers ont été examinés et transmis au parquet.

La formation de diététicien agréé répond à des critères de qualité stricts. Il est important que la population soit bien informée de la différence entre les deux titres.

Le diététicien doit jouer un rôle croissant. Pour le trajet de soins pour le diabète, nous prévoyons un projet de lancement qui conduira à un élargissement du remboursement des conseils en matière de diététique. L'arrêté royal à cet effet doit encore être finalisé. Il en sera de même pour le trajet de soins pour l'obésité et les troubles alimentaires, mais cela durera un peu plus longtemps.

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is geen verwijt.

06.05 Mieke Claes (N-VA): Helemaal niet, maar de patiënt weet in de meeste gevallen niet dat hij foute informatie krijgt. Ik heb daar veel ervaring mee. Als iemand in het zorgveld een patiënt informatie geeft, gaat de patiënt ervan uit dat die informatie correct is. Vaak wordt er pas een klacht ingediend als er een medisch probleem opduikt of als een patiënt echt geconfronteerd wordt met dat medisch probleem. In die zin is het logisch dat er veel klachten onder de radar blijven.

Het is belangrijk dat hier verder op ingezet wordt en dat de mensen de juiste informatie krijgen. Dat is ook in het belang van de consumenten. Ik vind dat zij ook beschermd moeten worden en dat hen duidelijk gemaakt moet worden wat zij wel kunnen en wat zij niet kunnen.

Er is dus nog werk aan de winkel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 **Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De orthoptisten en optometristen (opvolgvraag)" (55037371C)

- **Kathleen Pisman** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verplichte brillenvoorschrift vanaf 2024" (55037607C)

07 **Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les orthoptistes et optométristes (question de suivi)" (55037371C)

- **Kathleen Pisman** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de lunettes obligatoire dès 2024" (55037607C)

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, er is heel wat commotie ontstaan rond het nieuw koninklijk besluit over de beroepstitels orthoptie en optometrie. Oogartsen, opticiëns, optometristen en orthoptisten lijken daarbij in sommige gevallen jammer genoeg lijnrecht tegenover elkaar te staan. Dat kan en zal volgens mij niet de bedoeling zijn. Ook bij de publieke opinie heerst er wat ongerustheid. De vrees bestaat dat de wachttijden bij de oogartsen nog verder zullen oplopen. De optometristen zijn bezorgd over de invulling van hun beroep, aangezien bijvoorbeeld de optometrische oefeningen niet meer zijn opgenomen in hun beroepsprofiel. Zij vragen zich af waar hun patiënten nog terecht kunnen.

Mijnheer de minister, hoe staat het met de wachttijden bij de oogartsen? Hebben we daar zicht op? Gaat het om een algemeen probleem of een regionaal probleem? Is er al dan niet een tekort aan oogartsen? Hebt u zicht op het aantal beschikbare voltijdequivalenten en het aantal gewenste voltijdequivalenten? In welke mate wijken die aantallen van elkaar af?

In antwoord op een eerdere vraag gaf u aan dat het de bedoeling is dat de wachttijden bij de oogartsen op termijn zullen teruglopen door de nieuwe wetgeving omtrent de orthoptisten en optometristen. Het veld ervaart dat blijkbaar anders. Hoe ziet u dat juist? Werd er daaromtrent een simulatie gedaan en wat is daarvan het resultaat? Wanneer wordt verwacht dat de wachttijden terug zullen normaliseren?

Klopt het dat de optometrische oefeningen waarvan sprake, niet meer mogelijk zullen zijn? Indien dat klopt, wat is daarrond de redenering?

06.05 Mieke Claes (N-VA): Il est logique que la plupart des plaintes émanent de diététiciens, vu que le patient ignore souvent qu'il reçoit des informations erronées. Une plainte n'est introduite que lorsqu'un problème médical survient. Nous devons miser davantage sur l'exactitude des informations fournies au patient. C'est également une bonne chose pour les conseillers en nutrition: ils doivent savoir clairement ce qu'ils peuvent et ce qu'ils ne peuvent pas faire.

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): Le nouvel arrêté royal relatif aux professions d'orthoptiste et d'optométriste a suscité un vif émoi. On craint que les délais d'attente pour les ophtalmologues n'augmentent davantage. Les exercices d'optométrie ne sont plus inclus dans le profil professionnel.

Qu'en est-il de ces délais d'attente? S'agit-il d'un problème général ou régional? Y a-t-il ou non une pénurie d'ophtalmologues? Pourquoi les exercices d'optométrie ne sont-ils plus inclus?

07.02 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, vanaf 2024 veranderen de regels rond oogzorg in ons land. Wie een eerste bril nodig heeft, zal die alleen nog op voorschrift kunnen krijgen. Het nieuw koninklijk besluit schrijft namelijk voor dat wie voor de eerste keer een bril nodig heeft, zal moeten langsgaan bij een oogarts en pas nadien een bril kan aanschaffen bij de opticien.

Naast die verplichting van de eerste controle wordt ook bepaald dat een opticien de sterkte van de glazen met nog slechts maximum 0,5 dioptrie mag aanpassen indien de vertecorrectie doorheen de jaren afwijkt van de meting bij de oogarts. Een nieuw voorschrift van een oogarts, een orthoptist of een optometrist is dan nodig.

De noodkreet van de oogartsen lijkt ons niet verwaarloosbaar. Veel oogaandoeningen worden door opticiens niet herkend, en worden daardoor pas in een vergevorderd stadium vastgesteld, met vaak onomkeerbare oogschade tot gevolg.

De opticiens vrezen voor een slechtere dienstverlening voor hun patiënten. Zij beweren ook niet betrokken te zijn bij de besluitvoering die tot stand kwam in de Raad voor Paramedische Beroepen, waarvan zij geen deel uitmaken.

Daarom heb ik voor u de volgende vragen.

Hebt u alle belangengroepen, en niet uitsluitend de Raad voor Paramedische Beroepen, geraadpleegd bij de totstandkoming van dat koninklijk besluit?

Zijn de medische gronden om die verplichting in te voeren afdoende ernstig? Screening en vroege detectie zijn zeer belangrijk, maar het is cruciaal een goede afweging te maken wanneer die een sterke inperking van de keuzevrijheid inhoudt.

Waarom geeft u de voorkeur aan het verplichten van een oogartsbezoek, en niet aan het aanmoedigen ervan, bijvoorbeeld als voorwaarde voor de terugbetaling in de aanvullende verzekering?

De al lange wachttijden bij oogartsen zullen door de nieuwe regels enkel oplopen. Wat is uw mening daarover?

Mijn collega verwees er al naar, vanaf 2024 zullen orthoptisten en optometristen een grotere rol in de oogzorg spelen, en onder specifieke voorwaarden ook visuele hulpmiddelen mogen voorschrijven. Volstaat dat volgens u om de paramedische beroepen meer competenties toe te kennen, en om de wachttijden bij de oogartsen op te lossen?

Plant u eventueel nog andere maatregelen om de wachttijden bij de oogartsen te verkorten?

07.03 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil eerst preciseren dat het nieuwe koninklijk besluit ervoor zorgt dat men onder bepaalde voorwaarden in bepaalde leeftijdscategorieën niet meer telkens onderzocht moet worden door een oftalmoloog, en dat men dus op basis van een eerder oogonderzoek en een eerder ontvangen voorschrift verder kan worden geholpen door paramedici, de orthoptist en/of de optometrist.

Zo kan een orthoptist enkele belangrijke technische prestaties die opgenomen zijn in het besluit autonoom verrichten, indien de patiënt

07.02 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): À partir de 2024, les règles concernant les soins oculaires dans notre pays vont changer.

Toute personne qui a besoin d'une première paire de lunettes devra obligatoirement se procurer une prescription. De nombreuses affections oculaires ne sont pas identifiées par les opticiens et ne sont dès lors détectées qu'à un stade avancé. Ils prétendent ne pas avoir été associés au processus décisionnel.

Toutes les parties prenantes ont-elles été consultées? Les raisons médicales justifiant cette nouvelle obligation sont-elles suffisamment sérieuses? Une simple incitation n'aurait-elle pas été préférable? Les longs délais d'attente chez les ophtalmologues ne risquent-ils pas d'empirer? L'élargissement des compétences des orthoptistes et optométristes à partir de 2024 suffira-t-il? D'autres mesures sont-elles prévues pour écourter les délais?

07.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Le nouvel arrêté royal prévoit que pour certaines catégories d'âges et sous certaines conditions, l'examen par un ophtalmologue ne sera plus systématiquement requis.

L'orthoptiste pourra effectuer

voorafgaandelijk is langsgesgaan bij een oftalmoloog, en binnen de volgende periodes: minder dan 1 jaar voor kinderen jongeren dan 10 jaar, minderen dan 2 jaar voor kinderen tussen 10 en 16 jaar, minder dan 10 jaar voor personen tussen 16 en 45 jaar, minder dan 3 jaar voor personen tussen 45 en 65 jaar en minder dan 2 jaar voor personen ouder dan 65 jaar. De termijn kan ook door de oftalmoloog worden aangepast, afhankelijk van de pathologie.

Een optometrist kan enkele belangrijke technische prestaties, ook opgesomd in dit besluit, autonoom verrichten, indien de patiënt voorafgaandelijk binnen de volgende periode werd gezien door een oftalmoloog: 10 jaar voor personen tussen 16 en 45 jaar, minder dan 3 jaar voor personen tussen 45 en 65 jaar, minder dan 2 jaar voor personen ouder dan 65 jaar. Die termijn kan opnieuw door de oftalmoloog worden aangepast, afhankelijk van de pathologie.

De bedoeling daarvan is om de druk bij de oftalmologen te doen afnemen, meer autonome handelingen mogelijk te maken bij de paramedici, maar toch een goede kwaliteitsbewaking te houden door de oftalmoloog. De visuele training waar mevrouw Gijbels naar verwees, is een alternatieve behandelingsmethode in vergelijking met de klassieke behandelingsmethode. Het KB neemt de klassieke behandelingsmethode op in de prestaties die voorbehouden zijn voor de orthoptist, namelijk orthoptistische oefeningen in een multidisciplinaire context. Volgens de conclusies van de experten die deelnamen aan de werkgroep oogzorg is er momenteel een gebrek aan recente en relevante wetenschappelijke studies of artikels die significante resultaten met betrekking tot de alternatieve methode – visuele training – kunnen aantonen ten opzichte van de klassieke behandelingsmethode. Bij gebrek aan medische evidentie zijn we dus voorzichtig.

Mevrouw Pisman, u vraagt of ik alle belangengroepen heb geraadpleegd. De werkgroep oogzorg, die de adviezen heeft opgesteld, was samengesteld uit vertegenwoordigers van oogartsen, orthoptisten, optometristen en opticiens, naast een aantal artsen van de Hoge Gezondheidsraad, leden van de Federale Raad voor de paramedische beroepen en de Technische Commissie voor de Paramedische Beroepen en vertegenwoordigers van het onderwijs. Via die werkgroep heb ik alle belangengroepen geraadpleegd.

U vraagt of ik goede medische argumenten heb voor die manier van organiseren. In het verleden is vastgesteld dat de hulpvrager bij om het even welke opticiens een – vaak gratis – oogmeting kon krijgen en daaropvolgend een bril kreeg. De hulpvrager ging ervan uit dat een oogmeting gelijkstond aan een volwaardig oogonderzoek, maar dat is natuurlijk niet het geval. Het was nooit de bedoeling dat een opticien een bril zou voorschrijven of een objectieve oogmeting zou uitvoeren. De opticien is immers geen gezondheidswerker, maar een technicus en levert visuele hulpmiddelen af. Hij heeft daarenboven geen doorgedreven opleiding genoten om kwalitatieve oogonderzoeken uit te voeren.

De situatie in het verleden was dus juridisch gezien niet correct. Via dit koninklijk besluit wordt nogmaals aangestipt dat een oogonderzoek bij een oogarts dient te gebeuren en de opvolging – onder bepaalde voorwaarden – door de erkende paramedici, orthoptisten of optometristen.

Mevrouw Pisman, u wilt weten waarom ik de voorkeur geef aan de verplichting van een oogartsbezoek voor de eerste controle, eerder dan dat gewoon aan te moedigen. Ik doe dat omdat het gaat over ernstige kwesties. Een minder goed zicht kan namelijk gepaard gaan met een

plusieurs actes techniques importants de manière autonome. Ceci vaut également pour l'optométriste.

Il s'agit d'alléger la pression à laquelle les ophtalmologues sont soumis, de permettre aux professions paramédicales d'effectuer davantage d'actes autonomes tout en maintenant une surveillance efficace de la qualité par l'ophtalmologue.

Pour le moment, nous manquons d'études ou d'articles scientifiques pertinents et récents pouvant apporter la preuve de résultats significatifs en ce qui concerne la méthode de substitution, le training oculaire, par rapport aux traitements classiques. D'où notre circonspection.

J'ai consulté toutes les parties prenantes par le biais du groupe de travail.

L'opticien n'est pas considéré comme un travailleur de la santé et n'a pas eu de formation approfondie lui permettant de pratiquer des examens de la vue de qualité. La situation que nous avons connue dans le passé n'était donc pas correcte sur le plan juridique.

Au travers de cet arrêté royal, il est rappelé qu'un examen de la vue doit être effectué par un ophtalmologue et le suivi confié, à certaines conditions, à du personnel paramédical agréé ou un orthoptiste ou optométriste agréé.

J'ai opté pour une obligation plutôt qu'une recommandation parce qu'il s'agit de questions importantes. En effet, une moins bonne vue peut être le signe d'un problème médical sous-jacent. L'examen médical de la vue permet d'être fixé sur ce point.

En ce qui concerne les délais d'attente, les conditions définies dans l'arrêté royal devraient permettre de réduire la pression sur les ophtalmologues et d'améliorer l'autonomie des paramédicaux mais dans un cadre bien surveillé.

onderliggend medisch probleem, zoals een oogtumor in het ernstigste geval. Het medische oogonderzoek brengt daarin duidelijkheid. Een eerste medisch oogonderzoek moet garanderen dat medische problemen tijdig gedetecteerd worden en diagnoses tijdig worden gesteld.

Ik zal het nu hebben over de wachttijden. Zoals ik al zei, zorgt het nieuwe koninklijk besluit ervoor dat men onder voorwaarden en in bepaalde leeftijdscategorieën niet meer telkens moet langsgaan bij een oftalmoloog en dat men op die basis verder kan worden geholpen door een orthoptist of optometrist. We denken dat dat de druk moet doen afnemen bij de oftalmologen en meer autonomie mogelijk maakt bij de paramedici, maar in een goed bewaakt kader.

U vraagt ook of we de competenties van de paramedische beroepen voldoende bewaken. Het koninklijk besluit van 7 oktober 2022 over de beroepen van orthoptist en optometrist is van kracht sinds 19 februari van dit jaar. Dat verbreedt de toegang tot oogzorg via paramedici. Naarmate studenten uit de nieuw opgestelde richting afstuderen, zal dat doel steeds meer bereikt worden. Zo zullen we systematisch op een verantwoorde manier de druk op de oftalmologen kunnen doen afnemen.

U vraagt ook of ik nog andere maatregelen plan om wachttijden bij oogartsen te verkorten. Fundamenteel is natuurlijk de instroom in het beroep. Dat brengt ons opnieuw bij het debat over quota en planning. De voorgestelde optimale cijfers voor oftalmologen die voor de Planningscommissie onderliggend zijn aan de globale quota die zij voorstelt, zijn voor beide gemeenschappen verhoogd ten opzichte van de cijfers van 2028. De Planningscommissie gaat er al van uit dat we in de toekomst een grotere instroom nodig hebben in de oftalmologie. Overigens werd er bij besprekingen ook rekening gehouden met het feit dat we bepaalde taken aan paramedische beroepen overdragen om zo de huidige tekorten aan te pakken. Dus ondanks dat hiermee werd rekening gehouden door de Planningscommissie, stelt die dat meer oftalmologen nodig zijn in de toekomst.

Het aantal beschikbare oftalmologen, gemeten per 10.000 inwoners, steeg zeer licht tussen 2017 en 2021 in de drie gewesten: van 0,85 naar 0,87 per 10.000 in Vlaanderen, van 0,80 naar 0,81 in Wallonië, van 1,11 naar 1,13 in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De evolutie is dus marginaal eerder gunstig, maar er is inderdaad een grotere instroom nodig.

07.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik geloof wel dat samenwerken in teamverband, dus het inzetten van ieders expertise, de beste manier is om tot een kwaliteitsvolle zorg te komen.

U zegt dat daar een hele communicatie rond is opgebouwd met de bedoeling de druk bij de oftalmologen weg te halen. De perceptie is echter helemaal anders bij de publieke opinie. Ik vind het dan ook spijtig dat u niet rechtstreeks antwoordt op de vraag of we met een tekort kampen aan oftalmologen en hoe groot de afstand is tot het gewenste aantal oftalmologen. U geeft ook geen simulatie over de manier waarop u met de inzet van paramedische beroepen dat tekort zal verhelpen. U neemt het wel mee in uw communicatie, maar zegt niet duidelijk hoe groot het tekort is en op welke manier u dat zal verhelpen. U zegt wel dat de instroom van oftalmologen zal toenemen, maar niet op welke manier de paramedici daaraan zullen bijdragen.

En ce qui concerne les compétences, l'arrêté royal du 7 octobre 2022 relatif aux professions d'orthoptiste et d'optométriste est en vigueur depuis le 19 février 2023. L'accès aux soins oculaires par l'intermédiaire du personnel paramédical s'en trouve élargi. À mesure que des étudiants de la nouvelle orientation seront diplômés, il sera de plus en plus facile d'atteindre cet objectif.

L'afflux dans la profession est fondamental. La Commission de planification part du principe que, dans le futur, nous aurons besoin d'un afflux accru dans l'ophtalmologie. Lors des discussions, nous avons également tenu compte du fait que nous confions certaines missions aux professions paramédicales pour lutter contre les pénuries actuelles.

La densité des ophtalmologues a augmenté très légèrement dans les trois régions entre 2017 et 2021: de 0,85 à 0,87 pour 10 000 habitants en Flandre, de 0,80 à 0,81 en Wallonie et de 1,11 à 1,13 dans la Région de Bruxelles-Capitale. Un afflux accru est donc nécessaire.

07.04 Frieda Gijbels (N-VA): La collaboration en équipe est la meilleure manière d'obtenir des soins de qualité. Le ministre ne précise pas quelle est l'ampleur du déficit par rapport au nombre souhaité d'ophtalmologues. Il ne fournit pas non plus de simulation permettant de savoir comment la mobilisation des professions paramédicales contribuera à remédier à cette pénurie.

07.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik wil, om misverstanden te vermijden, meegeven dat ik in alle duidelijkheid heb willen stellen dat de federale Planningscommissie vertrekt van de observatie dat er een tekort is. Ik heb misschien het woord 'tekort' niet uitgesproken. Van dat tekort wordt echter vertrokken. Daarom zijn de globale quota ook verhoogd.

Wat mijn antwoord enigszins bemoeilijkt, is het feit dat op federaal niveau alleen de globale quota worden vastgelegd. Het is aan de deelstaten om mensen te oriënteren naar bepaalde specialismen. Dat weet u. Ter zake is oftalmologie naast andere specialismen een van de knelpuntspecialismen, wat ook al vaak is aangegeven. De deelstaten weten dat ook. Dat is ook hun verantwoordelijkheid.

Ik begrijp dat u stelt dat ik heel cijfermatig zou moeten bewijzen dat mijn aanpak met betrekking tot de rol van de optometristen in een welbepaalde mate het probleem zal verhelpen. Ik durf daarop echter niet zomaar een cijfer te plakken.

We nemen hier een goede structurele beslissing. Ik durf niet in cijfers uit te drukken in welke mate die beslissing het tekort invult. Dat er een tekort is, is echter wel duidelijk.

07.06 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, er is natuurlijk een verschil tussen een goede bril dragen en zich laten onderzoeken wegens problemen aan de ogen.

Wat ik vandaag vaststel, is dat mensen naar een opticien gaan, omdat ze minder goed zien. Ik hoor het personeel in de winkel meegeven dat de afwijking heel groot is en de klant aanraden naar een oogarts te gaan. Het aantal opticiens dat een spectaculair andere bril geeft aan een klant, bestaat niet of minder.

Mijn angst is dat mensen, als ze weten dat ze een voorschrift moeten hebben om een andere bril te krijgen, zelfs niet meer naar de opticien zullen gaan.

Op dat vlak moeten we goed communiceren over hoe een en ander in elkaar zit. We moeten ook de opticiens motiveren om aan klanten die in hun zaak komen, goede informatie te geven. Ter zake kan een informatiecampagne ten aanzien van de grote bevolking heel belangrijk zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La **présidente**: La prochaine question n° 55037395C est de M. Rigot, qui n'est pas présent.

08 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De advertenties met betrekking tot lachgas in het Brussels Gewest" (55037398C)**

08 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les annonces concernant le gaz hilarant dans la Région de Bruxelles-Capitale" (55037398C)**

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, op 14 juni verscheen in het centrum van Brussel een advertentie met als opschrift: "Gaz hilarant: ne jette pas tes bonbonnes dans la rue, dans les poubelles publiques ou dans les sacs-poubelles, mais apporte-les au recypark ou au proxy chimique." Later die dag heeft Brussels minister voor Gezondheid, Alain Maron, gecommuniceerd dat die campagne niet goedgekeurd werd door het kabinet en inderdaad problematisch is

07.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La Commission de planification part du constat qu'il existe une pénurie. C'est pourquoi les quotas généraux ont également été augmentés au niveau fédéral. Il appartient aux entités fédérées d'orienter nos concitoyens vers certaines spécialités. L'ophtalmologie est une spécialité en pénurie. Nous avons pris une bonne décision structurelle, mais je n'ose pas exprimer en chiffres dans quelle mesure cette décision permet de combler le déficit.

07.06 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Ma crainte est que si nos concitoyens savent qu'ils ont besoin d'une ordonnance pour obtenir une paire de lunettes, ils n'iront même plus voir un opticien. Nous devons donc communiquer adéquatement sur la procédure à suivre. Nous devons également encourager les opticiens à fournir des informations correctes aux clients qui les consultent. Une campagne d'information doit être menée auprès de la population globale.

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le 14 juin, des affiches placardées dans Bruxelles appelaient les consommateurs à déposer leurs bonbonnes vides de gaz hilarant au parc à conteneurs plutôt que de les jeter. Le ministre

zoals ze eruitzag. Hij gaf aan dat hij gevraagd heeft om de campagne tijdelijk op te schorten en een bericht over gezondheidspreventie toe te voegen.

De Nederlandstalige versie van de affiche zag ik onlangs nog passeren op Twitter en daar staat volgens mij nog altijd geen vermelding met een preventief karakter bij. Dat vind ik problematisch, want eigenlijk is de boodschap in Brussel dat druggebruik wel mag, althans als de gebruiker het netjes houdt. Dat lijkt mij niet de weg te zijn van preventie, die moet neerkomen op het ontraden van druggebruik, waaronder lachgas. Vias geeft overigens aan dat een op de drie jonge mannelijke bestuurders in de hoofdstad aangeeft zowat een keer per maand onder invloed van lachgas achter het stuur te kruipen.

Mijnheer de minister, was u op de hoogte van die advertentie? Werd u erop gewezen? Hoe beoordeelt u die advertentie? Wat vindt u eigenlijk van het feit dat uw Brusselse collega het gebruik van lachgas in zekere zin in de kijker zet en promoot?

Ik heb in de vivaldicoalitie enkele stemmen gehoord die neigen naar een verbod op lachgas. Mijn collega Wouter Raskin en ikzelf hebben daarvoor een wetsvoorstel ingediend. Hoe staat u daar tegenover? Hoe rijmt u die campagne met het gegeven dat minister Gilkinet zelf heeft gecommuniceerd dat hij misbruik van lachgas aan banden wil leggen?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, zodra ik geïnformeerd was over die campagne – een medewerker bracht die onder mijn ogen – heb ik contact opgenomen met mijn goede collega Alain Maron. Ik heb hem een officiële brief gestuurd met de boodschap dat de campagne niet in overeenstemming is met afspraken binnen de Algemene Cel Drugsbeleid, want daar is afgesproken om lachgas als een prioritair thema aan te pakken, aangezien dat een belangrijk probleem is.

Wij werken dan ook aan een algemeen verbod op het oneigenlijk gebruik van lachgas. Ik wil zo mogelijk nog voor het reces een voorstel voorleggen, al moet ik toegeven dat het geen evidente wetgeving is. Het moet juridisch goed geformuleerd worden, omdat voor lachgas ook heel wat gepast gebruik bestaat.

Mijn adviseur heeft meteen contact opgenomen met de vertegenwoordiger binnen de Algemene Cel Drugsbeleid. Ze waren nog niet op de hoogte van de campagne en hebben meteen actie ondernomen.

De boodschap van Alain Maron op Twitter was ook duidelijk. Hij oordeelde meteen dat de campagne een verkeerde boodschap uitdroeg. Het lijkt me dat alles zo politiek is rechtgezet. Vanuit zijn kabinet krijg ik duidelijk het signaal dat zij het oneigenlijke gebruik van lachgas willen verbieden. Op ons niveau is die kwestie dus volgens mij afgesloten en we werken samen voort aan een verbod op oneigenlijk gebruik van lachgas.

08.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dat de kwestie daarmee is afgerond of rechtgezet, vind ik nogal gemakkelijk gezegd.

bruxellois de la Santé, Alain Maron, a suspendu cette campagne afin d'y joindre un message de prévention sanitaire. La version néerlandaise, qui circule sur Twitter, ne porte aucune mention préventive. C'est problématique, car l'affiche envoie le message que la consommation de drogue est autorisée, à condition de s'y adonner proprement. Le phénomène du gaz hilarant prend de l'ampleur, y compris au volant.

Le ministre était-il au courant de cette campagne? Qu'en pense-t-il? Et que pense-t-il d'une interdiction du gaz hilarant? Dans quelle mesure cette campagne est-elle compatible avec la volonté du ministre Gilkinet d'enrayer le phénomène du gaz hilarant?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: J'ai contacté le ministre Maron dès qu'un collaborateur m'a informé de la campagne. Je lui ai adressé un courrier lui indiquant que le message était incompatible avec les accords pris au sein de la Cellule générale de Politique Drogues qui, compte tenu de l'ampleur du problème, entend faire de la lutte contre le gaz hilarant une priorité. Nous travaillons à l'instauration d'une interdiction de l'utilisation inappropriée de gaz hilarant. C'est loin d'être évident, car le gaz hilarant possède de très nombreuses applications tout à fait pertinentes.

Le message publié par le ministre Maron sur Twitter était clair. Il a jugé d'emblée que la campagne véhiculait un message erroné. Il me semble que, ce faisant, la situation est rectifiée du point de vue politique. Le ministre Maron souhaite également une interdiction du gaz hilarant.

08.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Il me semble simpliste d'affirmer qu'ainsi, le dossier est clos.

08.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Maron was het eens met mij en heeft meteen ingegrepen.

08.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le ministre Maron était d'accord avec moi et est intervenu immédiatement.

08.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De boodschap naar de gebruikers is nefast: drogeer u gerust, maar doe het netjes en dan is alles goed. Dat kunnen we echt niet tolereren.

08.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le message adressé aux utilisateurs était vraiment néfaste et inacceptable. Le ministre planche sur une interdiction. M. Raskin et moi-même avons déposé une proposition de loi visant à instaurer une interdiction. Vous pourriez approuver cette proposition de loi. Ce serait une belle amorce d'une nouvelle culture politique dans laquelle nous évitons ensemble des décès sur les routes en approuvant ensemble une proposition de loi. Faites une concession, pour une fois, et permettez à la majorité de voter en faveur d'une proposition émanant de l'opposition.

U zegt dat u werkt aan een algemeen verbod. Ik verwijs u naar het wetsvoorstel dat ik heb ingediend, samen met mijn collega Raskin. U hoeft het werk dus niet over te doen. Keur het gewoon goed. Werk aan een nieuwe politieke cultuur en dan kunnen we op zijn minst zeggen dat we een wetsvoorstel samen tot een goed einde hebben gebracht en vooral dat we slachtoffers vermijden in het verkeer. Dat is de boodschap die we als politici moeten geven en dat is het werk dat we samen moeten aanvatten.

Mijnheer de minister, geef voor een keer toe en laat uw collega's eens op het groene knopje drukken wanneer een voorstel van de N-VA-fractie tot bij u komt.

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

09 **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen voor radiologie" (55037423C)
- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegenomen ziekenhuiskosten" (55037464C)
- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op supplementen op beeldvorming binnen het ziekenhuis" (55037753C)

09 **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires en radiologie" (55037423C)
- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation des frais hospitaliers" (55037464C)
- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des suppléments pour l'imagerie dans les hôpitaux" (55037753C)

De **voorzitter**: Collega Merckx is afwezig, haar vraag nr. 55037464C vervalt.

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, naar aanleiding van de studies van het IMA (Intermutualistisch Agentschap) over de financiële toegankelijkheid van de medische beeldvorming in de ambulante zorg was er nogal wat te doen over het vragen van supplementen aan mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Uit die studies bleek ook dat er vooral in Vlaanderen meer en hoge supplementen gevraagd worden. Uit de reactie van de radiologen blijkt weer dat dat komt, omdat Vlaamse radiologen meer werken dan Waalse of Brusselse.

Mijn ingediende vragen daarover zijn wat achterhaald, maar ik heb twee nieuwe vragen. Waarom hebt u de beslissing genomen zonder verder te onderhandelen met de radiologen zelf.

Als alleen binnen de kantooruren geen supplementen mogen gevraagd

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Les études de l'Agence InterMutualiste (AIM) sur l'accessibilité financière de l'imagerie médicale dans les soins ambulatoires ont suscité pas mal de discussions sur les suppléments facturés aux personnes bénéficiant de l'intervention majorée. Les suppléments sont plus nombreux et plus élevés en Flandre. Les radiologues flamands affirment qu'ils travaillent bien davantage que leurs collègues bruxellois ou wallons.

Pourquoi le ministre a-t-il pris une

worden, zal dat dan niet de wachtlijsten tijdens de werkuren doen aandikken?

09.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, terwijl de technische prestaties een grote bron van inkomsten voor de ziekenhuizen zijn, is de financiering vanuit bijvoorbeeld het BFM (budget van financiële middelen) ontoereikend. Welke inschatting maakt u van het wegvallen van de supplementen in de radiologie op de ziekenhuisfinanciering? Hoe zal dat worden ondervangen?

Kunt u aangeven of er veel variatie was tussen de bedragen van supplementen voor beeldvorming in de verschillende ziekenhuizen? Zijn er verschillen vast te stellen tussen de provincies of tussen de gewesten? Welke verklaring geeft u aan de verschillen?

Recent werd een groot extramuraal zorgcomplex aangekondigd in Antwerpen, het Mediport Medical Center Cadix, waarbij aan zogenaamde *crowd lending* zal worden gedaan en waar meer dan 30 radiologen actief zullen zijn. Hoe schat u de kans in dat de beeldvorming zal verschuiven naar dergelijke extramurale setting? Wat is uw analyse van de ontwikkelingen met betrekking tot dergelijk centrum? Welke conclusies trekt u daaruit? Denkt u dat die trend, die we ook in andere sectoren zien, wenselijk is en binnen een legaal kader gebeurt?

Wat zijn de exacte voorwaarden voor het verbod op supplementen voor medische beeldvorming? Geldt dat voor alle beeldvorming en voor alle disciplines in een ziekenhuis?

Werden de zorgverstrekkers betrokken alvorens die beslissing werd genomen? Welke reacties ontvangt u vanuit van de zorgsector op de beslissing?

Bij medische beeldvorming geldt het ALARA-principe, as low as reasonably achievable, wat wil zeggen dat ioniserende straling zoveel mogelijk beperkt moet worden en afgewogen moet worden tegen de diagnostische opbrengst? Ons land staat bekend voor onze een grote hoeveelheid CT-scans en andere beeldvorming. Hoe zult u zorgen voor de reductie van het aantal aanvragen medische beeldvorming en dan in het bijzonder de beeldvorming die gepaard gaat met ionisatie?

09.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, in antwoord op uw vraag naar de precieze bedragen verwijs ik naar de studie van het Inter mutualistisch Agentschap, waarin bedragen worden gegeven voor 2021. Het totaal van de ereloon supplementen voor MRI en CT-scans bedroeg in dat jaar 24 miljoen euro. Ter vergelijking, de totale massa aan ereloon supplementen waarvan de ziekenhuizen een deel

décision dans ce dossier sans consulter les radiologues? Une interdiction de suppléments pendant les heures de bureau ne va-t-elle pas alourdir davantage encore les listes d'attente pendant ces périodes de la journée?

09.02 Frieda Gijbels (N-VA): Les prestations techniques constituent une importante source de recettes pour les hôpitaux. Dans quelle mesure la suppression des suppléments en radiologie va-t-elle influencer le financement des hôpitaux? Quelle était l'ampleur de la différence entre les suppléments demandés dans les divers hôpitaux? Comment le ministre explique-t-il ces différences, notamment entre provinces et entre régions?

Un grand complexe de soins extra-hospitalier a été récemment annoncé à Anvers. Il s'agit du Mediport Medical Center Cadix, où plus de 30 radiologues seront actifs. Le ministre pense-t-il que le secteur de l'imagerie médicale va de plus en plus migrer vers de telles infrastructures extra-hospitalières? Quelle évolution le ministre prévoit-il? Estime-t-il qu'il s'agit d'une évolution souhaitable? Le cadre dans lequel évoluent ces structures est-il légal? Quelles sont les conditions précises dont s'accompagne l'interdiction de suppléments en imagerie médicale? Les prestataires ont-ils été impliqués dans ce processus d'interdiction? Quels échos le ministre reçoit-il du secteur des soins de santé concernant cette interdiction? L'imagerie médicale joue un grand rôle en Belgique, alors même que les rayonnements ionisants doivent être évités au maximum et considérés en fonction de leur apport diagnostique. Comment le ministre entend-il réduire le nombre d'exams en imagerie médicale?

09.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Les montants précis figurent dans l'étude de l'AIM concernant l'année 2021. Cette année-là, le total des suppléments d'honoraires pour une IRM et pour un CT-scan

afhouden, bedroeg 598 miljoen euro in 2021. In verhouding tot het totaal aan ereloonsupplementen is dat slechts een klein deel.

Een aantal zaken springt daarbij wel in het oog. Dat brengt me meteen tot de tweede vraag van mevrouw Gijbels aangaande het enorme verschil tussen de ziekenhuizen onderling. Er zijn ziekenhuizen die het zonder supplementen kunnen stellen. Uit de IMA-cijfers blijkt dat er in het totaal in Vlaanderen supplementen worden aangerekend op 64 % van de MRI's, in Brussel op 31 % en in Wallonië op slechts 2 %.

Zelfs in Vlaanderen is er veel verschil tussen de ziekenhuizen onderling. Er zijn 12 ziekenhuizen die zo goed als nooit supplementen aanrekenen, en 30 ziekenhuizen die dat in meer dan 70 % van de gevallen doen. Ook het bedrag schommelt sterk: het nationaal gemiddelde bedraagt 31 euro, maar er is een spreiding tussen percentiel 10 en percentiel 90 van 12 tot 48 euro. Het feit dat de bedragen dermate verschillen tussen de ziekenhuizen onderling, ook in Vlaanderen, ontkracht het argument dat ziekenhuizen dat nodig zouden hebben. Mocht de nood er zijn, dan zouden alle ziekenhuizen dat aanrekenen.

Mevrouw Sneepe, ik leid uit uw lichaamstaal af dat u meent dat de supplementen toch noodzakelijk zijn. Uw standpunt interesseert me. Als het Vlaams Belang van oordeel is dat supplementen aangewezen zijn, is het nuttig dat alvast te laten weten aan de publieke opinie. Hoe dan ook blijkt dat geenszins uit de cijfers.

Ik vind het een bijzondere discussie, te meer omdat een patiënt die voor een CT-scan of een MRI naar een ziekenhuis wordt verwezen, uiteindelijk niet weet welke radioloog die zal uitvoeren. Men heeft dus niet de keuze tussen topradiologen en andere radiologen, waardoor men heel bewust de voorkeur zou kunnen geven aan deze of gene topradioloog. Iemand aan de balie zal gewoon zeggen wanneer het onderzoek, dat de patiënt absoluut nodig heeft, kan plaatsvinden. Hij of zij staat machteloos tegenover de keuze van radioloog, zeker als het gaat om een ziekenhuis waar geen of bijna geen geconventioneerde radiologen zijn. In sommige regio's zijn er zelfs geen ziekenhuizen meer die nog werken aan conventietarieven. Dus we moesten echt iets doen en een en ander beter structureren.

Het medicomutakkoord had trouwens ook aangegeven dat dat moest gebeuren. Er bestond wel een meningsverschil over de praktische uitvoering, maar op de duur moet men een beslissing nemen. Voor alle duidelijkheid, het verbod dat zonder uitzondering geldt overdag en ook 's nachts en in het weekend wanneer het gaat om een dringend medisch onderzoek, geldt voor alle zware medische apparatuur, dus CT, SPECT-CT, PET, PET-CT, PET-MRI en MRI.

Dergelijke apparatuur mag niet buiten een ziekenhuis worden opgesteld. Mevrouw Gijbels, een verschuiving naar een extramurale setting voor die onderzoeken is wettelijk uitgesloten. Aangezien de patiënt die onderzoeken enkel in een ziekenhuis kan krijgen, is er voor hem geen alternatief als er geen geconventioneerde radiologen ter beschikking zijn om dat zonder supplementen te ondergaan. MRI en PET worden overigens ook gesubsidieerd door verschillende overheden in ons land.

Ik vrees overigens niet dat de onderzoeken vaker 's nachts zullen worden ingepland, omdat nachtdienst duurder is voor de ziekenhuizen. Het is voor hen dus niet interessant om alles 's nachts te laten gebeuren. Bovendien bepaalt de wet uitdrukkelijk dat, ten eerste, het 's

s'élevait à 24 millions d'euros, ce qui représente une petite partie du montant total des suppléments d'honoraires. La différence entre les hôpitaux est énorme. Certains peuvent se passer de suppléments. En Flandre, un supplément est facturé sur 64 % des IRM, contre 31 % à Bruxelles et 2 % en Wallonie. On constate aussi une différence importante entre les hôpitaux eux-mêmes. Il y a 12 hôpitaux flamands qui ne facturent presque jamais de supplément et 30 hôpitaux flamands qui le font dans plus de 70 % des cas, et le supplément lui-même varie de 12 à 48 euros. S'il s'agissait d'un revenu nécessaire, tous les hôpitaux factureraient des suppléments. Si Mme Sneepe estime que les suppléments sont nécessaires, qu'elle le fasse savoir à l'opinion publique. Quoi qu'il en soit, les patients n'ont aucun contrôle sur le radiologue qui effectuera le scan.

Dans certaines régions, plus aucun hôpital ne pratique les tarifs conventionnés et, dans la plupart des hôpitaux, certains radiologues sont conventionnés mais d'autres ne le sont pas. Cette situation n'était plus acceptable pour nous et ce point figurait également dans l'accord national médico-mutualiste. Il y avait un désaccord sur la mise en œuvre pratique et une décision devait être prise.

L'interdiction est d'application pour tout examen médical urgent, peu importe l'heure du jour ou de la nuit, ainsi que pour tout l'appareillage médical lourd, à savoir CT, SPECT-CT, PET, PET-CT, PET-IRM et IRM. Cet appareillage ne peut pas être installé en dehors des hôpitaux et les examens réalisés ne peuvent donc pas l'être en dehors d'une structure hospitalière.

En revanche, un supplément peut être facturé pour l'imagerie médicale non urgente effectuée de nuit. Je ne crains pas pour autant que les hôpitaux planifieront davantage d'examens la nuit parce que le service de nuit est plus coûteux. Les hôpitaux sont tenus de proposer

nachts kan als het niet urgent is, met een supplement, maar alleen als de patiënt daar uitdrukkelijk om verzocht heeft, en, ten tweede, de ziekenhuizen moeten zorgen voor een voldoende aanbod tijdens de normale werkuren, zodat dergelijke onderzoeken tijdig kunnen gebeuren. Dat staat in de wet, dus we wapenen ons tegen een mogelijke creatie van wachtlijsten.

Mevrouw Gijbels, mevrouw Sneppe, er is heel lang en veel overlegd. Voor de ene gaat de regeling te ver, voor de andere niet ver genoeg. Ik vond het tijd om te beslissen. Ik neem aan, mevrouw Sneppe, dat u soms ook vindt dat er iets moet worden beslist.

Er is, mevrouw Gijbels, inderdaad veel meer te doen dan enkel het opleggen van een verbod op supplementen. We moeten het overmatige gebruik van CT-scans in ons land verminderen. Eigenlijk is de verhouding tussen het gebruik van CT-scans en gebruik van MRI niet gezond. Er moet een verschuiving plaatsvinden van CT-scan naar MRI. Om dat te bewerkstelligen, moeten we enerzijds de voorschrijver aanspreken. We willen daartoe ook *clinical decision support* in de software van de voorschrijver integreren, opdat ze beter zouden voorschrijven. Anderzijds willen we ook, zoals ik heb aangeboden aan de Koninklijke Belgische Vereniging voor Radiologie, met bekwame spoed, binnen het beschikbare budget, de verhouding tussen de vergoeding voor welbepaalde, meer complexe MRI's, die te weinig worden vergoed, en de vergoeding voor CT-scans, die overdreven is, rechttrekken. Dat is inderdaad een heel belangrijke werf, u hebt daarin gelijk, mevrouw Gijbels.

Ik denk bovendien dat we de manier waarop die zorg in de ziekenhuizen wordt gefinancierd, moeten herzien. Ik wil komen tot een zuivere vergoeding voor de betrokken radiologen, terwijl de apparatuur gefinancierd wordt op basis van de behoefte van de bevolking die door de ziekenhuizen wordt bediend. Ik wil dus af van het principe waarbij, hoe meer de machine draait, hoe meer ze vergoed wordt. Dat is geen goed principe. Ik wil een vergoeding van de uitrusting op basis van de noden van de bevolking, die ook objectief kunnen worden vastgesteld. De nomenclatuur moet zuiver zijn, zodat er een gezonde, correcte verhouding is tussen wat we betalen voor een meer complexe MRI en een CT-scan.

Mevrouw Sneppe, ik kom graag terug op uw vragen over de ereloon-supplementen voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Het Parlement heeft inderdaad het principe vastgelegd in een wet – ik hoop dat u het hiermee nog eens bent – dat geen supplementen mogen aangerekend worden in de ambulante sector aan patiënten die financieel kwetsbaar zijn. De wet moet echter nog worden uitgevoerd met de uitvaardiging van een koninklijk besluit. In dat kader moeten er inderdaad modaliteiten worden besproken en die gaan over het ereloon-supplement dat in aanmerking komt voor het verbod, de doelgroep en de concrete betekenis van de maatregel. In de medicomutcommissie werd een akkoord gevonden over de modaliteiten van uitvoering van het principe dat aan financieel zwakke patiënten geen ereloon-supplementen mogen aangerekend worden. Ik heb aan de partners van de medicomutcommissie opgemerkt dat ik bereid om dat akkoord met twee handen te grijpen en om te zetten in een besluit. Ze moeten met elkaar een akkoord sluiten. Ik wil wel dat dit in 2024 in voege kan gaan. Het is belangrijk dat we de financieel zwakste patiënten daartegen beschermen.

une offre de jour suffisante et seuls les patients qui le demandent expressément pourront subir un examen de nuit. Nous nous sommes donc armés contre la création de listes d'attente.

Ce règlement est le fruit d'une longue concertation. Il va trop loin pour les uns, et pas assez pour les autres. J'ai estimé qu'il était temps de trancher.

Il est exact qu'il convient également de lutter contre l'utilisation abusive des CT-scans dans notre pays. Il faut mettre en place un glissement de l'utilisation du CT-scan vers l'IRM. Nous devons sensibiliser les prescripteurs et améliorer le comportement en matière de prescription en intégrant le système d'aide à la décision clinique (*clinical decision support*) dans le logiciel utilisé par les prescripteurs. En outre, nous souhaitons mieux rembourser les IRM complexes et réduire le remboursement pour les CT-scans.

En réalité, je souhaite tendre vers une rémunération adéquate des radiologues, qui ne financent plus les appareils par leurs prestations. Je souhaite abandonner le principe selon lequel la rémunération est proportionnelle à l'utilisation de la machine. Je souhaite que le remboursement des équipements soit basé sur les besoins objectifs de la population. La nomenclature doit être réajustée et assurer un rapport correct entre le prix d'une IRM plus complexe et d'un CT-scan.

J'espère que Mme Sneppe adhère au principe légal selon lequel aucun supplément ne peut être facturé aux patients vulnérables. Nous devons encore promulguer l'arrêté royal visant à mettre en œuvre le principe. Je répète ce que j'ai dit aux partenaires de la Commission nationale médico-mutualiste: s'ils parviennent à un accord sur les modalités de mise en œuvre du principe, je signerai cet accord des deux mains et le transposerai en arrêté.

Voor andere zorgverleners dan artsen en tandartsen bestaat er overigens al een koninklijk besluit dat de toepassing van ereloonsupplementen voor ambulante zorg voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming verbiedt. Ik verwijs naar artikel 42 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014, bedoeld in artikel 37 enzovoort. Dat geldt dus al voor de niet-geconventioneerde vroedvrouwen, de niet-geconventioneerde verpleegkundigen, de niet-geconventioneerde kinesitherapeuten en de niet-geconventioneerde paramedici. Wat we in de wet hebben vastgelegd, is eigenlijk de doortrekking van dat principe naar artsen en tandartsen. Ik herhaal dat als men binnen de dentomut en de medicomut een akkoord kan sluiten over toepassingsmodaliteiten met de verzekeringsinstelling, ik dat met beide handen zal aangrijpen.

Ik hoop, mevrouw Sneppe, dat u in uw repliek zal zeggen dat u het helemaal met mij eens bent. Ik hoop dat het Vlaams Belang ook financieel kwetsbare mensen in Vlaanderen wil beschermen tegen het vragen van ereloonsupplementen boven op de officiële tarieven.

09.04 Dominiek Sneppe (VB): Ik val bijna van mijn stoel dat u toendering zoekt tot het Vlaams Belang. Dat we bepaalde ideeën delen, is zeker waar. Wat het verbod op ereloonsupplementen voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming betreft, zal u inderdaad de steun krijgen van mijn fractie. Ik hoor op de werkvloer dat dat in de praktijk al vaak het geval is. Dat zou natuurlijk altijd zo moeten zijn. Mijn partij is evenmin voorstander van die ereloonsupplementen, maar ik wil onderstrepen dat uw overleg is gestrand, dat er geen consensus is bereikt. U zit rond de tafel met de betrokken partijen, maar als u geen gelijk krijgt, stapt u op en doet u toch uw eigen zin. Ook hier is dat zo verlopen. De radiologen hebben met u rond de tafel gezeten, er is geen consensus bereikt en u gaat vervolgens uw eigen gang zonder de radiologen nog verder te horen.

09.05 Minister Frank Vandenbroucke: Vindt u nu dat ik de Belgische Vereniging voor Radiologie moest volgen in de idee dat ereloonsupplementen moeten kunnen blijven gevraagd worden? U antwoordt daar misschien best met ja of nee op. U zegt immers dat ik het overleg moest volgen, maar bent u het dan eens met de mening van de Belgische Vereniging voor Radiologie?

09.06 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik weet natuurlijk niet wat er aan de onderhandelingstafel is gezegd. Ik weet alleen dat de radiologen niet tevreden zijn dat het overleg niet tot de finish is gegaan. Dat is niet de eerste keer dat dat gebeurd is, het gebeurt bijna altijd. Als u uw zin niet krijgt, beslist u zonder verder overleg. U hebt natuurlijk overleg gehad, maar niet tot de finish. U bent dus blijkbaar geen consensusfiguur.

Ik ben wel tevreden met een deel van uw antwoord, maar het roept ook nog meer vragen op. U zegt dat het ene ziekenhuis het wel kan zonder supplementen en het andere niet, maar weet u waarom dat zo is?

09.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mocht ik dat weten... Er is echter geen goede uitleg voor en daarom verbied ik ze.

09.08 Dominiek Sneppe (VB): Weet u bijvoorbeeld hoeveel geld van de supplementen naar de werking van de ziekenhuizen gaat?

09.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, een deel, maar eerlijk gezegd... U probeert nu toch te zeggen dat het een slecht voorstel van mij was.

Je souhaite qu'il puisse en principe entrer en vigueur en 2024. Les prestataires de soins autres que les médecins et les dentistes ne peuvent déjà plus facturer de suppléments pour les soins ambulatoires dispensés aux patients vulnérables depuis 2014. Nous étendons simplement ce régime aux médecins et aux dentistes. Je ne demande pas mieux qu'un accord puisse être conclu au sein de la commission dento-mutualiste et de la commission médico-mutualiste au sujet des modalités d'application avec l'organisme assureur.

09.04 Dominiek Sneppe (VB): Il va de soi que mon groupe soutient l'interdiction de facturation de suppléments d'honoraires aux patients vulnérables. Mon parti n'est pas favorable aux suppléments d'honoraires, mais le ministre n'est pas parvenu à un accord et a imposé l'interdiction. Le ministre s'assoit à la table, mais si ses interlocuteurs ne cèdent pas, il quitte la table et impose sa volonté.

09.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Fallait-il vraiment que je suive la Société belge de radiologie, qui défend la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires aux patients vulnérables?

09.10 Dominiek Sneppe (VB): Nee.

09.11 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat het een goed voorstel was. Ik zou dat graag horen. U zegt dat ik had moeten blijven spreken met de Belgische Vereniging voor Radiologie, ook al wilde zij dat niet, en dat ik toch eens moest kijken naar de ziekenhuizen enzovoort.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, kunt u afronden, want het gaat een beetje ver?

09.12 Minister Frank Vandenbroucke: Het is gewoon een goed besluit en ik hoop dat u het onverkort steunt, mevrouw Sneppe. Ik hoor dat echter niet. Er zijn ziekenhuizen waar geen enkel supplement wordt gevraagd en zij gaan helemaal niet failliet. Punt.

09.13 Dominiek Sneppe (VB): Er zijn ziekenhuizen die geen supplementen vragen, maar zij hebben serieus rode cijfers. Ik stel mij dus de vraag hoe het komt dat het ene ziekenhuis het wel kan zonder supplementen en het andere niet en ik vraag me ook af waarom de ereloon-supplementen in het leven werden geroepen en waarom ze nu holderdebolder moeten worden afgeschaft.

Ik zal het nog eens zeggen: het Vlaams Belang is geen voorstander van de ereloon-supplementen. Als het zonder kan, dan willen wij dat graag, maar wel met een consensus op de werkvloer zodat we niet nog meer mensen in de zorg verliezen omdat ze malcontent zijn.

De **voorzitter**: Collega Gijbels, neem gerust uw tijd, want iedereen heeft de spreektijd overschreden, dus u mag dat ook.

09.14 Minister Frank Vandenbroucke: Ik probeer het te begrijpen: het Vlaams Belang is geen voorstander van de ereloon-supplementen, maar ook niet van een verbod erop. Dat is een interessante en duidelijke positie.

09.13 Dominiek Sneppe (VB): Je ne comprends pas très bien pourquoi un hôpital peut se passer de suppléments et un autre non. Le Vlaams Belang n'est pas favorable aux suppléments d'honoraires. Cependant, il devrait y avoir un consensus sur le terrain concernant une abolition, afin que nous ne perdions pas davantage de professionnels de la santé encore.

09.14 Frank Vandenbroucke, ministre: Le Vlaams Belang n'est donc pas favorable aux suppléments d'honoraires, mais il n'est pas non plus favorable à une interdiction. En voilà une position claire!

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, ik heb het woord gegeven aan mevrouw Gijbels.

09.15 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de ziekenhuisfinanciering zit helemaal fout in elkaar, dat weet u ook. U neemt nu maatregelen inzake stukjes van de ziekenhuisfinanciering. Het is niet logisch dat die supplementen nodig zijn om de ziekenhuisfinanciering in orde te krijgen. U haalt stukjes uit de puzzel zonder er andere voor in de plaats te leggen, zonder te kijken naar de reden waarom sommige ziekenhuizen het moeten doen met al die supplementen en sommige met veel minder. Er is geen enkel ziekenhuis dat geen supplementen vraagt. Misschien dat radiologie een andere zaak is, maar in het algemeen hebben ze die allemaal nodig. Dat is niet logisch.

U vertikt het om de diagnose te stellen, transparantie te brengen en te kijken naar het beleid in de ziekenhuizen. Wat gaat er mis in de ziekenhuizen die telkens opnieuw rode cijfers voorleggen? Hoe komt het dat net de ziekenhuizen met de hoogste supplementen de slechtste cijfers voorleggen? Dat is toch niet normaal? Ik vraag u om daar iets aan te doen. U grijpt nu specifiek in op één onderdeel van de ziekenhuisfinanciering. U zegt dat u daar de radiologen mee raakt, maar u raakt vooral de ziekenhuizen door daarop in te grijpen. Radiologen moeten inderdaad een flink stuk afdragen aan de ziekenhuizen om de gebrekkige ziekenhuisfinanciering bij te passen, maar ik ben bang dat

09.15 Frieda Gijbels (N-VA): Le financement des hôpitaux est défaillant et il n'y a pas un seul hôpital qui ne facture pas de suppléments. Le ministre n'étudie pas la raison pour laquelle ce sont précisément les hôpitaux qui facturent les suppléments les plus élevés qui présentent les plus mauvais chiffres. Il intervient dans une seule partie du financement des hôpitaux et, ce faisant, n'affecte pas tant les radiologues, mais bien les hôpitaux. Je crains que les radiologues ne quittent les hôpitaux pour des centres comme Mediport.

En fin de compte, c'est le patient qui sera le dupé, dès lors que les hôpitaux procéderont à des coupes

de radiologen naar de periferie zullen trekken. Men ziet dat nu al gebeuren. In Mediport zouden meer dan 30 radiologen aan de slag gaan. Ze maken op hun webstek reclame voor iets wat heel erg lijkt op een CT-scan. Dat wordt dan misschien niet terugbetaald, maar het kan er wel gebeuren. Ik vrees voor een zorg met twee snelheden als u zo verder doet en de kern van het probleem niet aanpakt. De oorzaak moet worden aangepakt, niet stukjes en beetjes. Uiteindelijk zal de patiënt daar de dupe van zijn. Ziekenhuizen zullen elders financiering zoeken: ze zullen elders besparen of supplementen vragen. Ik denk dat de patiënt daar niet bij wint.

09.16 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is een heel lange uitleg om te zeggen dat de N-VA ook vindt dat we dit niet hadden moeten verbieden. Er zijn ziekenhuizen die nooit een supplement vragen. Zelfs al zitten daar 100 radiologen samen, of 200, dan mogen ze nog geen PET-scan, CT-scan of MRI uitvoeren buiten het ziekenhuis. Het mag gewoon niet. Dat zijn *scare stories* die op niks zijn gebaseerd. Ik ben er helemaal niet bang voor dat er CT-scans buiten ziekenhuizen zullen gebeuren, want dat mag gewoon niet. CT-scanapparatuur mag alleen in ziekenhuizen gebruikt worden en terugbetaald worden. Dus waar zijn we mee bezig? U danst maar om de hete brij heen. U zegt dat de ziekenhuizen dat nodig hebben, maar wat is de nood als blijkt dat zoveel ziekenhuizen geen enkel supplement vragen? Kunt u mij dat uitleggen? Ik weet het niet.

09.17 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil inderdaad vragen dat u dat eens analyseert, want die analyse hebt u nog niet gemaakt. U grijpt in zonder analyse, want er is geen transparantie in de ziekenhuisfinanciering.

09.18 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, de analyse is gemaakt. In veel ziekenhuizen in Vlaanderen wordt geen enkel supplement gevraagd voor een CT-, een MRI- of een PET-scan. Geen enkel. Toch zijn dat gezonde ziekenhuizen met topapparatuur. Voor mij is de conclusie dan gemaakt. De studie is klaar: die supplementen zijn niet nodig. Punt.

De **voorzitter**: Mevrouw Gijbels krijgt het woord om af te sluiten.

09.19 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we zullen zien wat er gaat gebeuren. Ik hoop van harte dat uw beslissing geen effect zal hebben op de patiënten. Daar vrees ik wat voor. Op het eerste gezicht – u neemt wel meer zulke maatregelen – lijken uw maatregelen sociaal, maar uiteindelijk blijkt dat niet het geval te zijn. Daar ben ik echt bang voor, want de patiënt is dan de dupe.

Daarnet wees u op het verbod op supplementen in de ambulante zorg voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming. Ook daar hebt u de kern van het probleem niet aangepakt en dat leidt tot problemen voor de patiënten, niet voor de zorgverstrekkers, want die vinden wel andere wegen, voor hen is er geen probleem.

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

ailleurs ou demanderont des suppléments.

09.16 Frank Vandenbroucke, ministre: En dehors des hôpitaux, il n'existe de toute façon pas de remboursement. D'ailleurs, de nombreux hôpitaux ne demandent pas de supplément.

09.17 Frieda Gijbels (N-VA): Le ministre devrait se pencher sur ce problème, car le financement des hôpitaux manque de transparence.

09.18 Frank Vandenbroucke, ministre: Dans de nombreux hôpitaux en Flandre, aucun supplément n'est facturé pour un CT-scan, une IRM ou un PET-scan. Ce sont néanmoins des hôpitaux en bonne santé financière qui disposent d'équipements de première qualité. L'étude est donc terminée: ces suppléments ne sont pas nécessaires.

09.19 Frieda Gijbels (N-VA): Le ministre a par le passé déjà pris des mesures apparemment sociales qui finissent par léser le patient.

10 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventiegraad van Vlaamse radiologen" (55037424C)

10 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux de conventionnement des radiologues flamands" (55037424C)

10.01 Dominiek Sneppe (VB): Uit de studie van het IMA over de financiële toegankelijkheid van de medische beeldvorming in de ambulante zorg blijkt dat Vlaamse radiologen minder geconventioneerd zijn dan de Waalse en Brusselse collega's. Daardoor kunnen zij ook meer ereloonsupplementen aanrekenen aan hun patiënten. Volgens de radiologen zijn die conventietarieven niet meer aangepast aan de huidige levensduurte.

"De terugbetaling van een CT van de kransslagaders werd enkele jaren geleden bijvoorbeeld met één pennentrek met 30 % verlaagd, zonder nochtans dalende kosten voor de uitvoering van dit onderzoek." aldus de radiologen.

In dit verband hebben wij de volgende vragen.

Hoe worden de conventietarieven berekend? Met welke parameters wordt daarbij rekening gehouden?

Hoe kan het dat bepaalde tarieven zomaar met een pennentrek verlaagd kunnen worden met liefst 30 %?

Vanwaar komt dat grote verschil in conventioneringsgraad tussen de verschillende regio's?

Heel wat sectoren in de zorg zijn niet tevreden met de conventietarieven en deconventioneren zich massaal, ten koste van de patiënten. Hebt u een plan om dat aan te pakken?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, de conventietarieven worden vastgelegd door vertegenwoordigers van de zorgverleners, van de verzekeringsinstellingen en van het RIZIV in een overeenkomst of een akkoord.

De beslissing om de tarieven voor geneeskundige verstrekkingen te verhogen of te verlagen, worden besproken in het kader van het akkoord artsen-ziekenfondsen als het gaat over medische verstrekkingen. Een voorbeeld hiervan is het akkoord artsen-ziekenfondsen van 2013-2014, waarin de sleutelletterwaarden van de verstrekkingen inzake echocardiografie en coronarografie lineair werden verlaagd met 6,7 %.

Er zijn duidelijke verschillen in conventionering tussen de regio's. Ik denk dat daar heel wat factoren een rol spelen: de verhouding vraag-aanbod, de wijze van ziekenhuisfinanciering enzovoort. Maar nogmaals, ook binnen de regio's zijn de verschillen zeer belangrijk.

Hoe moeten we deconventionering tegengaan? De conventietarieven moeten inderdaad correct zijn. Dat is de reden waarom ik de nomenclatuur nu helemaal laat herbekijken om te komen tot correcte officiële tarieven. Dat is heel belangrijk. Ook belangrijk is dat de tarieven op tijd en stond worden aangepast. Dat veronderstelt ook dat we voldoende investeren in gezondheidszorg, wat we ook doen.

Dat zijn echter allemaal geen argumenten om te zeggen dat men zich wel moet conventioneren. Getuige daarvan het feit dat in sommige

10.01 Dominiek Sneppe (VB): Il ressort d'une étude de l'Agence InterMutualiste (AIM) que les radiologues flamands sont moins souvent conventionnés que leurs confrères wallons et bruxellois. Ce faisant, ils peuvent facturer plus de suppléments d'honoraires. Selon ces radiologues, les tarifs conventionnés ne sont plus adaptés au coût actuel de la vie.

Comment les tarifs conventionnés sont-ils calculés? Comment se peut-il que certains tarifs, par exemple pour un CT des artères coronaires, diminuent de pas moins de 30 %? Comment le ministre explique-t-il que le taux de conventionnement présente un tel écart d'une région à l'autre? Comment le ministre entend-il éviter que de plus en plus de médecins se déconventionnent par mécontentement à l'égard des tarifs?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les tarifs conventionnés sont fixés dans une convention par les représentants des prestataires de soins, des organismes assureurs et de l'INAMI. La décision d'augmenter ou de diminuer les tarifs est discutée dans le cadre de l'accord médico-mutualiste.

On constate une nette différence de taux de conventionnement entre les régions. De nombreux facteurs jouent un rôle à cet égard, tels que la relation entre la demande et l'offre et le mode de financement des hôpitaux. Les différences sont toutefois également très importantes à l'intérieur des régions.

Pour éviter le déconventionnement, il faut que les tarifs conventionnés soient corrects. C'est pourquoi je souhaite revoir complètement la nomenclature afin d'arriver à des tarifs officiels corrects. Par

Vlaamse ziekenhuizen ongeveer iedereen geconventioneerd is en in andere Vlaamse ziekenhuizen niemand, wanneer het gaat over radio-logie.

ailleurs, les tarifs doivent également être adaptés à temps, ce qui suppose que nous investissions suffisamment dans les soins de santé.

Néanmoins, ces arguments ne permettent pas de conclure purement et simplement qu'on est aujourd'hui forcé de déconventionner. Le fait que pratiquement tous les radiologues sont conventionnés dans certains hôpitaux flamands, alors que personne ne l'est dans d'autres hôpitaux flamands, en est la preuve.

10.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. U zegt opnieuw dat in het ene ziekenhuis bijna iedereen geconventioneerd is en in het andere ziekenhuis bijna niemand. Mijn vraag is hoe dat komt. Wat is de oorzaak daarvan?

10.03 Dominiek Snelpe (VB): Comment le ministre explique-t-il cette situation?

Dat de conventietarieven correct moeten zijn, lijkt mij nogal wies. Dat ze regelmatig moeten worden aangepast, lijkt mij ook logisch. Vooral dat is blijkbaar moeilijk, want sommige tarieven zijn al jaren hetzelfde. Dat zou een reden kunnen zijn waarom sommige artsen of specialisten zich deconventioneren. Het tarief moet aangepast zijn aan de levensduurte van vandaag.

Il me semble logique que les tarifs conventionnés soient adaptés régulièrement, mais cela n'est apparemment pas le cas: certains tarifs sont les mêmes depuis des années. Cela pourrait expliquer pourquoi certains médecins se déconventionnent. Une modification de la nomenclature est également nécessaire si nous souhaitons augmenter le nombre de médecins conventionnés. J'attends cette réforme avec impatience.

Een aanpassing van de nomenclatuur dringt zich inderdaad op, als we meer geconventioneerde artsen willen hebben. Ik kijk uit naar uw hervorming ter zake.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onduidelijkheid over de hervormingen van de HBO5-opleiding" (55037426C)

11 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le flou entourant les réformes de la formation HBO5" (55037426C)

11.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, we hebben het in de plenaire vergadering gehad over de website van Vooruit, waarop dat verkeerd werd vermeld. U kon niet toegeven dat het verkeerd was, maar uiteindelijk heeft men het wel aangepast. Ik dank u daarvoor, mijnheer de minister, maar u had natuurlijk gewoon kunnen toegeven dat u het niet wist ofwel dat u het zou nakijken. U had kunnen zeggen dat ik gelijk had en dat u het zou laten aanpassen, maar dat is blijkbaar moeilijk.

11.01 Dominiek Snelpe (VB): Lorsque j'ai posé une question, en séance plénière, à propos des informations erronées figurant sur le site de Vooruit, vous n'avez pas voulu admettre que vous n'étiez pas au courant et que vous deviez vérifier ces informations. En fin de compte, le site a été adapté. Était-ce si difficile de l'admettre?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Snelpe, u hebt mij daarmee verrast. Ik wist niet dat u onze website zo zorgvuldig las. Ik heb inderdaad gevraagd die website aan te passen, omdat die niet duidelijk was. De wet is heel duidelijk. Ik heb dus gevraagd het aan te passen.

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai été surpris par votre question. Le site web n'était effectivement pas clair, contrairement à la loi. J'ai donc demandé d'adapter les informations. Je vous remercie

Dank u voor de opportuniteit dat te zeggen, en voor uw opmerking. Voor iedereen die vandaag in het beroep staat, of voor iedereen die al begonnen is aan de opleiding HBO5, geldt dat er niets verandert. Wij hebben wel gevraagd om de opleidingsinstellingen om een nieuw profiel uit te werken voor de opleiding. Dat moeten zij nu doen. Dat nieuwe beroepsprofiel is er natuurlijk voor de nieuwe lichten, voor wie die wetgeving van toepassing is.

pour votre vigilance.

Het klopt evenwel dat we onze website hebben aangepast, met dank voor uw opmerkzaamheid.

11.03 Dominiek Sneppe (VB): Het probleem was natuurlijk niet dat de wet niet duidelijk was, mijnheer de minister. Het probleem was ook niet dat ik het niet verstond. Het probleem was dat het niet juist op de website stond. Misschien moet u het in de toekomst kunnen toegeven als u iets niet weet.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: (...)

11.05 Dominiek Sneppe (VB): Nu zegt u dat, maar toen hebt u mij een beetje belachelijk gemaakt. U zou het mij nog eens proberen uitleggen, want de wet was duidelijk volgens u.

11.05 Dominiek Sneppe (VB): La semaine dernière, vous avez estimé nécessaire de me ridiculiser et vous vouliez encore une fois m'expliquer les choses. Je me réjouis que vous m'ayez écoutée et que vous ayez fait adapter le site.

Bij dezen ben ik blij dat u toch geluisterd hebt naar mij en dat u uw website hebt aangepast.

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

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les statistiques des professionnels de la santé" (55037430C)

12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De statistieken over de professionele zorgverleners" (55037430C)

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Madame la présidente, monsieur le ministre, en creusant un peu pour essayer d'avancer en prenant en compte les données objectives des professionnels de la santé, compte tenu de la pénurie du personnel soignant et de la nécessité d'y apporter de nouvelles réponses, je me suis rendu compte que les statistiques des professionnels de la santé sur lesquelles se base la Commission de planification sont, en fait, établies à partir de l'adresse de domiciliation et non à partir des adresses professionnelles. Il existe parfois un fossé énorme parce que l'on peut habiter très loin de son lieu de travail, mais aussi parce que l'on peut travailler sur plusieurs sites, voire pratiquer à titre privé sur différentes communes ou quartiers.

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): De statistieken over de professionele zorgverleners zijn gebaseerd op het thuisadres en niet op het werkadres. Tevens oefenen die zorgverleners hun beroep soms op verschillende adressen of ver van huis uit.

Monsieur le ministre, n'estimez-vous pas qu'il est urgent de pouvoir disposer de statistiques établies sur la base du ou des lieux de travail pour pouvoir interpréter correctement les forces de travail existantes et à venir?

Zouden de statistieken niet gebaseerd moeten worden op het werkadres om een goed zicht op de beschikbare zorgverleners te hebben?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, madame la députée, la Commission de planification se base sur les données existantes les plus fiables mises à sa disposition pour ces statistiques. L'adresse de l'employeur est disponible via la Banque-Carrefour pour les professionnels sous statut salarié. Ce faisant, le lieu professionnel des salariés est utilisé dans le cadre des travaux de la Com-

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: De Planningscommissie baseert zich op de meest betrouwbare gegevens die er beschikbaar zijn. Het adres van de werkgever is beschikbaar via de Kruispuntbank

mission de planification. Ce lieu professionnel n'est, hélas, pas disponible ou pas assez fiable pour les professionnels sous statut indépendant, raison pour laquelle le lieu de leur domicile est utilisé.

Dans le cadre de la "loi Qualité" du 22 avril 2019, de nouveaux outils de récolte, contrôle et communication de la pratique des professionnels des soins de santé seront mis en place. Ce portail transversal *eHealth pro* codéveloppé et cogéré par l'INAMI et le SPF Santé permettra aux professionnels d'introduire en ligne des demandes de visa, d'agrément, etc., et d'encoder les différents types, lieux et temps de pratique. Ce portail mettra ainsi à la disposition de la Commission de planification des données plus exactes et mises à jour plus rapidement.

Un travail de comparaison mené exclusivement pour les médecins généralistes a montré que, si le lieu de pratique (données de l'INAMI dont la mise à jour n'est pas systématique) était utilisé à la place du lieu de domicile, la Région de Bruxelles-Capitale verrait son nombre de médecins généralistes augmenter et la province du Brabant flamand verrait celui-ci diminuer. L'impact serait minime pour les autres provinces.

12.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous dites que l'impact serait minime, avec un petit changement à Bruxelles et dans le Brabant flamand, mais cela ne vaut que pour les médecins généralistes. Pour les autres médecins – spécialistes et autres professions de santé avec une prédominance d'indépendants –, on utilise aujourd'hui des planifications réalisées sur base des lieux de domicile. Cela ne tient pas la route pour une partie.

J'entends votre réponse sur la loi qualité mais il reste une interrogation sur l'effectivité et le temps qu'il faudra encore pour que la Commission de planification puisse travailler sur des modèles révisés en termes de lieux. Je crains que cela ne prenne encore un certain temps.

Vous comprendrez que c'est évidemment problématique face à la pénurie et la manière dont on considère que les données dont on dispose sont presque une science exacte par rapport aux forces de travail à venir. C'est loin d'être le cas et il faut absolument pouvoir affiner les choses de manière correcte en fonction de l'investissement professionnel et non du lieu de domicile.

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

13 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het perspectief voor onze gezondheidszorg" (55037461C)

13 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les perspectives pour nos soins de santé" (55037461C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, zoals we allemaal weten zijn er veel vacatures voor verpleegkundigen, hoewel er in ons

voor de werknemers. De commissie gebruikt dus het werkadres van de werknemers. Dat adres is echter niet betrouwbaar genoeg voor de zelfstandigen, dus wordt voor hen het thuisadres gebruikt.

Met de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering van 22 april 2019 zullen er nieuwe instrumenten gecreëerd worden voor de praktijkvoering van de professionele zorgverleners. Het transversale portaal *eHealth pro* zal hen in staat stellen de verschillende soorten, locaties en tijdstippen van de praktijk in te voeren. Het zal ter beschikking van de commissie staan.

Uit een vergelijking is gebleken dat als men de plaats waar de praktijk uitgeoefend wordt zou gebruiken in plaats van de woonplaats, het aantal huisartsen in Brussel zou stijgen en in Vlaams-Brabant zou dalen. Elders zou de impact minimaal zijn.

12.03 Catherine Fonck (Les Engagés): De vergelijking gaat enkel op voor de huisartsen. Voor de specialisten en andere gezondheidszorgberoepen waarin er overwegend zelfstandigen actief zijn, gebruikt men dus het adres van de woonplaats.

Hoeveel tijd zal de Planningscommissie in het kader van de kwaliteitswet nodig hebben om op basis van geüpdatete modellen te werken?

In het licht van het artsentekort is dit problematisch, temeer daar men ervan uitgaat dat de beschikbare gegevens onomstootbaar zijn. We moeten een en ander dus verfijnen in functie van de beroepsactiviteit.

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Bien que dans notre pays, nous

land al veel verpleegkundigen zijn in verhouding tot andere landen. Tegelijkertijd stellen we vast dat veel verpleegkundigen afhaken, omdat het werk te zwaar is of omdat ze zich niet gewaardeerd voelen. Er lijkt dus iets fundamenteels te schorten aan de manier waarop ons zorgsysteem functioneert.

Het is daarbij van belang ervoor te zorgen dat we zoveel mogelijk ziekenhuisopnames voorkomen door in te zetten op preventie. Op die manier kunnen we er ook voor zorgen dat er meer handen aan het bed zijn. Door een versnippering van de zorg over verschillende beleidsniveaus is een coherent beleid evenwel bijzonder moeilijk.

Werd er onderzocht welke voordelen een eengemaakte zorg op het niveau van de deelstaten zou hebben? Kunt u dat toelichten? Welke stappen zijn er al gezet om de zorg op het niveau van de deelstaten een te maken? Waarom vernemen we daar zo weinig over?

Werd er onderzocht hoe de inzet van verpleegkundigen in ons land zich verhoudt tot die in andere landen? Waar zetten wij er meer en waar eventueel minder in? Hoe verhoudt ons land zich ten opzichte van de ons omringende landen wat het aantal en de duur van de ziekenhuisopnames betreft?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, er is in Vlaanderen grote druk op verpleegkundigen, huisartsen en bepaalde specialismen. Zo spraken we al over de oftalmologen. Er is in Brussel en Wallonië ook grote druk. De situatie is niet overal volledig gelijk, maar tekorten en stress stellen we vandaag overal vast.

Het is me niet volledig duidelijk wat u met een eengemaakte zorg bedoelt, maar ik neem aan dat u bedoelt dat ofwel Vlaanderen ofwel de federale overheid de volledige bevoegdheid voor zorg en gezondheidszorg zou krijgen. Het probleem is in belangrijke mate demografisch en heeft te maken met veroudering en het feit dat er in verhouding tot de nood aan zorg te weinig handen en te weinig goed georganiseerde handen beschikbaar zijn. Ik zie niet in hoe een eengemaakte zorg, dus een radicale staatshervorming, dat probleem meteen verandert. Daardoor verandert er niks aan de veroudering van de bevolking, het aanbod van artsen en verpleegkundigen enzovoort.

Het is wel zo dat de problemen waarmee we te maken hebben, veronderstellen dat men veel overlegt. Ik heb al betreurd dat men in Vlaanderen in de zomer niet is ingegaan op de verhoogde quota die beschikbaar waren om meer artsen en tandartsen toe te laten. Ik ben blij dat dat vandaag onder onze druk uiteindelijk wel is gebeurd. Met enig overleg had dat beter kunnen lopen. Overleg is dus nodig.

Er moet inderdaad geïntegreerde zorg tot stand komen, los van schotten tussen disciplines of bevoegdheidsniveaus, geïntegreerde zorg waarbij de competenties van alle beschikbare zorgverleners zo goed

disposions de beaucoup d'infirmiers et d'infirmières par rapport à d'autres pays, de nombreux postes restent à pourvoir mais, en parallèle, nombre d'infirmiers et d'infirmières renoncent à exercer cette profession. Fondamentalement, quelque chose ne tourne pas rond dans notre système de santé. Nous devons faire de la prévention pour éviter un maximum d'hospitalisations. Le morcellement des soins entre les différents niveaux de pouvoir rend toutefois la mise en œuvre d'une politique cohérente particulièrement difficile.

A-t-on analysé quels avantages offrirait un système de santé unifié, dans lequel les entités fédérées seraient aux commandes? Êtes-vous en mesure de fournir des explications à cet égard? Quelles démarches ont déjà été entreprises? L'affectation du personnel infirmier dans notre pays a-t-elle déjà été comparée à ce qui se fait dans d'autres pays? Où la Belgique se situe-t-elle par rapport à ses voisins en termes de nombre et de durée d'hospitalisation(s)?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En Flandre, la pression sur le personnel infirmier, les généralistes et certains spécialistes est importante. Elle l'est également à Bruxelles et en Wallonie mais la situation est plus disparate. Par contre, les pénuries sont généralisées.

Le problème est en grande partie lié à la démographie et au vieillissement de la population. Il y a trop peu de personnel et trop peu de personnel bien organisé par rapport aux besoins en soins de santé. Je ne vois pas en quoi une réforme radicale de l'État permettrait de résoudre ce problème dans l'immédiat.

Force est de constater qu'une série de problèmes auxquels nous sommes confrontés nécessite une concertation intense.

En effet, nous devons aboutir à des soins intégrés, indépendamment

mogelijk worden ingezet. Daarom is integratie van zorg over de grenzen van bevoegdheden en disciplines heen heel belangrijk.

Het overleg dat ik pleeg over het plan interfederale zorg is in zekere zin een stukje van de puzzel die we moeten leggen om de tekorten aan zorgverleners aan te pakken. Eengemaakte zorg, dus een radicale staatshervorming in de ene of de andere richting, van volledige opsplitsing tot volledige herfederalisering, is volgens mij niet het noodzakelijke antwoord. Ik begrijp zelfs niet goed waarom u dat zegt.

U stelde me een aantal statistische vragen waarop de antwoorden te vinden zijn in het rapport *Health at a Glance: Europe 2020* van de OESO. België staat daar voor 2020 bij de eerste tien landen met betrekking tot het aantal actieve verpleegkundigen per 1.000 inwoners. We bevinden ons met 11,1 actieve verpleegkundigen per 1.000 inwoners op hetzelfde niveau of net onder het niveau van onze buurlanden. Duitsland ligt wat hoger met 12,1, Nederland is identiek met 11,1. We zitten veel hoger dan het gemiddelde van de EU27, dat 8,3 verpleegkundigen per 1.000 inwoners bedraagt.

U kunt de verschillende sectoren waarin de verpleegkundigen actief zijn, terugvinden in het rapport 'Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt 2004-2018', dat ook beschikbaar is op de website van de FOD Volksgezondheid. Scenario's van de evolutie per sector waarin de verpleegkundigen actief zijn, werden eveneens gepubliceerd. Tegen het einde van dit jaar zal het rapport 'Verpleegkundigen op de arbeidsmarkt' van de FOD geactualiseerd worden met gegevens voor de periode 2019-2021.

Voor de ziekenhuisopnames per 1.000 inwoners in 2020 bevindt België zich volgens *Health at a Glance* boven het gemiddelde van de 25 landen van de EU: 5,5 ziekenhuisopnames per 1.000 inwoners in 2020 tegen 5,0. België en Duitsland zijn de landen die de meeste ziekenhuisbedden aanbieden met 7,8 bedden per 1.000 inwoners. Frankrijk heeft er 5,7, Luxemburg 4,2 en Nederlands slechts 2,9, dus heel wat minder. Er bestaat geen vergelijking van de duur van de hospitalisaties in dit rapport.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Ik wil u gerust mijn redenering uitleggen. We hebben inderdaad veel verpleegkundigen als men dat vergelijkt met het Europees gemiddelde. In de statistieken zitten we heel goed, maar toch kreunen de ziekenhuizen onder een tekort aan verpleegkundigen. Sommige ziekenhuizen moeten zelfs bedden sluiten. Hoe komt dat? Volgens mij is de reden dat onze zorg fout georganiseerd is, dat het zorgpersoneel niet correct kan worden ingezet omdat er geen visie is op een eengemaakte zorg, terwijl die wel in het regeerakkoord was aangekondigd.

U zegt dat het voor u niet duidelijk is op welk niveau die zorg het best kan worden georganiseerd, maar het regeerakkoord is volgens mij wel heel duidelijk. Dat verwijst duidelijk naar de deelstaten om de zorg te organiseren. Het lijkt mij ook logisch dat elke gemeenschap de kans krijgt om eigen accenten te leggen. De behoeften zijn immers anders in elke gemeenschap. Dat lijkt mij dus heel duidelijk te zijn.

De zorg is versnipperd. Zolang er geen coherente visie op de zorg kan worden ontwikkeld, zetten we te weinig in op preventie en kan er ook geen sprake zijn van geïntegreerde zorg. Dan krijgt men te veel ziekenhuisopnames, waardoor men veel zorgpersoneel nodig heeft. Hoeveel verpleegkundigen we ook hebben, als we ze niet goed inzetten,

du cloisonnement des disciplines ou des niveaux de compétence. La concertation que je mène à propos du Plan interfédéral "Soins intégrés" est une pièce du puzzle que nous devons assembler pour lutter contre les pénuries de prestataires de soins. Une unification des soins, c'est-à-dire une réforme radicale de l'État dans un sens ou dans l'autre, n'est pas la réponse nécessaire.

Les réponses aux questions statistiques figurent dans le rapport de l'OCDE intitulé *Health at a Glance: Europe 2020*. En 2020, la Belgique se situe parmi les 10 premiers pays en ce qui concerne le nombre d'infirmiers actifs par 1 000 habitants, au même niveau ou juste en dessous du niveau de nos voisins, mais à un niveau beaucoup plus élevé que la moyenne de l'UE. S'agissant des hospitalisations par 1 000 habitants, la Belgique est au-dessus de la moyenne de l'UE. Ce rapport ne fournit pas de comparaison de la durée des hospitalisations.

Le rapport intitulé *Infirmiers sur le marché du travail 2004-2018*, qui est disponible sur le site internet du SPF Santé publique, sera actualisé d'ici fin 2023 à l'aide de données relatives à la période 2019-2021.

13.03 Frieda Gijbels (N-VA): Nos soins de santé sont mal organisés. Le personnel soignant ne peut pas être déployé correctement parce qu'il n'y a pas de vision globale sur des soins unifiés. L'accord de gouvernement fédéral est clair. Il demande aux entités fédérées d'organiser les soins de santé de sorte que chaque communauté ait la possibilité de définir ses propres priorités en fonction de ses besoins. À l'heure actuelle, les soins de santé sont fragmentés.

gaat dat geen zoden aan de dijk brengen.

Mijnheer de minister, ik hoop dat u van dat laatste jaar toch nog gebruikt om stappen richting eengemaakte zorg op het niveau van de gemeenschappen te zetten.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55037429C van de heer Verherstraeten wordt in een schriftelijke vraag omgezet. De vragen nrs. 55037471C en 55037472C van mevrouw Zanchetta worden uitgesteld.

14 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het drugsincidentennetwerk" (55037495C)

14 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le réseau de signalement des incidents dus à la drogue" (55037495C)

14.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, de Kamer heeft op 7 februari 2019 een wetsvoorstel goedgekeurd dat bepaalt dat via een koninklijk besluit een drugsincidentennetwerk moet worden opgericht voor het delen van gegevens tussen hulpverleningscentra, spoeddiensten, EHBO-posten en laboratoria en het Belgian Early Warning System on Drugs. Op die manier zou een sterk informatienetwerk kunnen worden uitgebouwd, zouden 15 peilstations opgericht kunnen worden bij spoeddiensten en EHBO-posten en zou ook een vlot transport van drugsstalen naar de laboratoria kunnen plaatsvinden.

Er komen immers nieuwe psychoactieve stoffen op de markt, die jongeren gebruiken, vaak met fatale gevolgen. Het doel van die wet is om dat in kaart te brengen, daarmee proactief om te gaan en informatie uit te wisselen. Vaak zijn het de spoeddiensten die daarmee te maken krijgen en vaak worden die drugsstalen gewoon weggegooid. Het is belangrijk dat we weten wat er op de markt is, waar jongeren mee bezig zijn en waardoor ze worden geïntoxiceerd.

Toen ik dat wetsvoorstel opstelde, mailde een ouder mij dat zijn zoon was overleden door een drugsstaal dat vanuit Nederland was opgestuurd. Het probleem is actueler geworden omdat er meer gebruikt wordt. Dat verneem ik ook via de media, want dat is de manier waarop we daarover worden geïnformeerd. Dat is ook de reden waarom het wetsvoorstel destijds werd goedgekeurd.

Ik heb u intussen tweemaal bevraagd naar de voortgang van dit dossier. In antwoord op mijn schriftelijke vraag van augustus 2021 gaf u aan dat Sciensano de mogelijkheden, voorwaarden en obstakels onderzocht van een drugsincidentennetwerk, maar dat dat door de covid-pandemie stillag. Uit uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van september 2022 bleek dat er weinig voortgang was geboekt.

Hoe staat het met het onderzoek naar de mogelijkheden voor de oprichting van een drugsincidentennetwerk binnen Sciensano? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de stakeholderanalyse opgestart door de nieuwe coördinator voor het Early Warning System, waarnaar u verwees in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag?

Hoe staat het met de kritische beoordeling van de systemen voor druggerelateerde beeldvorming, info-uitwisseling en signaalfunctie die door de nieuwe nationale drugscoördinator werd opgestart?

Kunt u een inschatting maken van het tijdsschema waarbinnen een

14.01 Els Van Hoof (cd&v): En février 2019, la Chambre a adopté une proposition de loi prévoyant la création, par voie d'arrêté royal, d'un réseau de signalement des incidents dus à la drogue en vue de cartographier la consommation de drogue, d'échanger des informations et d'agir de manière proactive. Entre-temps, la consommation de drogue a encore augmenté. La pandémie de Covid-19 a retardé la mise en place de ce réseau.

Où en est l'étude sur la création d'un réseau de signalement des incidents dus à la drogue au sein de Sciensano? Où en est l'analyse des parties prenantes lancée par le nouveau coordinateur du système d'alerte précoce? Où en est l'évaluation critique des systèmes d'imagerie, d'échange d'informations et de signalisation liés à la drogue, lancée par le nouveau coordinateur national en matière de drogues? Quand un véritable réseau de signalement des incidents dus à la drogue pourrait-il être mis en place?

volwaardig drugsincidentennetwerk zal kunnen worden uitgebouwd?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, aan de hand van een zeer droevige ervaring geeft u terecht aan dat het een belangrijk project is.

De vermelde stakeholderanalyse werd afgerond en op basis daarvan werd het protocol voor het Early Warning System herzien. Momenteel wordt er ingezet op het implementeren van de aangepaste werkwijze, waarbij er met meer regelmaat en meer informatie wordt gerapporteerd door het nationale Early Warning System.

De mogelijkheden voor informatieverzameling via spoeddiensten werden tijdens de analyseoefening meermaals besproken. Omdat een registratie via spoeddiensten nog steeds botst op dezelfde obstakels als degene die ik heb meegegeven in voorgaande antwoorden, is een voorlopige tussenstap ingevoerd om de informatie-uitwisseling met de ziekenhuislabo's te verbeteren inzake analyses in het kader van druggerelateerde intoxicaties.

Ik denk dat er een duidelijke nood is aan een uitbreiding en verbetering van de drugmonitoringstrategie in ons land om ons beeld, de beeldvorming en de signaalfunctie krachtiger en geschikter te maken voor een echt *evidence informed* beleid. Daartoe zullen de volgende acties bijdragen.

Ten eerste werd in december 2022 een nieuw protocolakkoord ondertekend over het Reitox *national focal point*, dat de verantwoordelijkheid draagt voor de beeldvorming, surveillance en het ontwikkelen van correcte monitorinstrumenten voor het drugsfenomeen in België. Een overzicht van de bestaande en ontbrekende indicatoren en informatiesystemen dient op jaarlijkse basis aan de Algemene Cel Drugsbeleid te worden voorgelegd.

Ten tweede wordt momenteel door een werkgroep van de Algemene Cel Drugsbeleid een voorstel uitgewerkt voor een Belgische drugsstrategie 2024-2025. Een van de daarin opgenomen strategische doelstellingen focust op het creëren van een kwalitatieve monitoringstrategie en evaluatie-instrumenten, met als doel het drugsfenomeen in België beter te begrijpen. Dat omvat onder meer het versterken van een brede data- en informatieverzameling en ook het versterken van de verspreiding en het gebruik van de beeldvorming met het oog op het beter informeren van onder meer beleidsmakers en professionals die betrokken zijn bij drugsfenomenen.

Op uw derde vraag, waarmee u eigenlijk naar een timing vraagt, moet ik helaas neen zeggen. Een exacte timing kan ik niet geven. Gezien de complexiteit van de organisatie van een volwaardig drugsincidentennetwerk, zal dat concept baat hebben bij het opstellen van een pilootfase. Een concrete opdracht en de toewijzing van projectverantwoordelijkheid dient daarvoor eerst te worden besproken en goedgekeurd op het niveau van de Algemene Cel Drugsbeleid.

14.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Ik merk dat men zich bewust is van het feit dat werk gemaakt moet worden van meer data, informatie en beeldvorming om zicht te krijgen op het fenomeen van de nieuwe psychoactieve stoffen die op de markt

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'analyse des parties prenantes à laquelle il est fait référence est à présent terminée et a servi de base à la révision du protocole pour le système d'alerte précoce. Nous disposons à présent de rapports plus fréquents sur une plus grande quantité de données. Les échanges d'informations avec les laboratoires hospitaliers concernant les analyses réalisées dans le cadre d'intoxications liées à la drogue ont été améliorés, et ce dans l'attente d'un enregistrement par les services d'urgence, qui se heurte encore à plusieurs obstacles.

Afin d'élargir et d'améliorer la stratégie de surveillance en matière de drogues, un nouveau protocole d'accord a été signé en décembre 2022 concernant le Point Focal belge Reitox, chargé de surveiller le phénomène de la drogue en Belgique. Un relevé des indicateurs et systèmes d'information existants et manquants doit être fourni tous les ans à la Cellule générale de Politique en matière de Drogues (CGPD).

Le groupe de travail de la CGPD prépare actuellement une proposition de stratégie belge en matière de drogues 2024-2025. Celle-ci se concentre notamment sur une stratégie de surveillance qualitative ainsi que sur des outils d'évaluation. Dans ce cadre, la collecte de données et d'informations sera renforcée, et le nécessaire sera fait pour mieux informer les responsables politiques et professionnels concernés.

Je ne peux pas encore fournir de calendrier précis. Compte tenu de la complexité, une phase pilote est prévue.

14.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Il est positif qu'on s'attellera à recueillir davantage de données et d'informations, à avoir une image plus précise du problème, pour obtenir

komen en waarvan men gebruikmaakt om nieuwe kicks te krijgen. In die stoffen schuilt een gevaar, vandaar dat informatie-uitwisseling nodig is. Een drugsincidentennetwerk vragen we niet zomaar. Dat netwerk moet een zicht bieden op de incidenten, om er vervolgens beter mee om te gaan. De mensen, ook jongeren, moeten geïnformeerd worden over wat er bestaat en over de gevaren van het gebruik ervan; daarover gaat het nu eenmaal.

Dat zal deel uitmaken van de drugsstrategie en er zullen pilootfases opgestart worden, zo heb ik begrepen. Daar kijk ik alvast naar uit, want ik wil opvolgen hoe dat verder evolueert.

Het belang ervan mag niet onderschat worden, aangezien er heel wat nieuwe psychoactieve stoffen op de markt komen. Sommige producten worden gewoon verstuurd via de post. Dat is ongelooflijk, maar het is wel een stuk van de hedendaagse realiteit. Daar moeten we rekening mee houden. Ik zal dat blijven opvolgen.

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

15 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opleiding van tatoeëerders" (55037496C)

15 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La formation des tatoueurs" (55037496C)

15.01 Els Van Hoof (cd&v): Ik verwijs naar de *Pano*-reportage van 3 mei die duidelijk maakte dat een aantal zaken misloopt bij het plaatsen van tattoos. Naar aanleiding van de reportage werd in de media nogmaals de vraag gesteld of de regels voor de erkenning van tatoeëerders niet strenger moeten worden.

Vandaag moeten tatoeëerders een hygiënecursus volgen van 20 uur, wat in de praktijk neerkomt op drie dagen. Vanuit verschillende hoeken klonk echter de bedenking dat die cursus te gemakkelijk is en dat het bijna onmogelijk is om ervoor te zakken. Opleidingscentrum SyntraPXL besloot daarom zelf te starten met een grondigere opleiding voor tattoo-artisten, die zo'n zeven maanden zou duren.

Toch denk ik dat het aangewezen is om vanuit de overheid hier initiatief voor te nemen. Ook de Nederlandse regelgeving kan een inspiratiebron zijn. Daar wordt een vergunning pas toegekend na een controle op de veiligheids- en hygiënevereisten. Bovendien dient die procedure elke drie jaar herhaald te worden.

Heel wat tatoeëerders werken bovendien zomaar bij hen thuis.

Meent u dat de huidige regelgeving inzake de erkenning van tatoeëerders herzien moet worden, bijvoorbeeld door de erkenning afhankelijk te stellen van een uitgebreidere opleiding of door erkenning afhankelijk te stellen van een voorafgaande controle?

Hebt u hierover overleg met de tattoosector? Welke reactie ontving u van hen? Zijn zij ook voorstander van strengere erkenningsvereisten?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het besluit betreffende de reglementering van tatoeages en piercings dateert van 2005. Gezien de constante evolutie van de gebruikte producten en toegepaste technieken is een actualisering van de wetgeving zeker opportuun.

une vision des nouvelles substances psychoactives dangereuses, dont certaines sont même envoyées par la poste aujourd'hui.

15.01 Els Van Hoof (cd&v): Un reportage de *Pano* a révélé un certain nombre de dysfonctionnements dans le milieu du tatouage. Aujourd'hui, les tatoueurs ne doivent suivre qu'une formation de base de trois jours. Le centre de formation Syntra propose une formation plus complète de sept mois.

Faut-il revoir la réglementation actuelle en matière d'agrément des tatoueurs? Une concertation a-t-elle déjà eu lieu avec le secteur?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La réglementation en matière de tatouages et de piercings date de 2005. Une mise à jour de la législation est certainement

Mijn beleidscel en mijn administratie hebben in dat kader al meerdere malen overleg gepleegd met de sector. De sector vraagt om uitgebreidere opleidingscriteria en veel strengere controles op de werkende professionals, vooral inzake gezondheid en veiligheid. De vertegenwoordigers van de sector willen in het bijzonder betere controles op beoefenaars uit het buitenland. Ik wil daaraan toevoegen dat amateurtatoeëerders, met andere woorden tatoeagesessies onder particulieren tijdens bijvoorbeeld feestjes, een zeer gevaarlijk fenomeen is dat snel toeneemt.

Ik moet daar wel aan toevoegen dat de diensten van mijn FOD op dit moment niet over de nodige mensen en procedures beschikken om de activiteiten van dat beroep te controleren.

Tatoeëerders zijn op zich ook geen zorgverleners. Zij vallen dus, zo meen ik toch, onder de bevoegdheid van mijn collega die verantwoordelijk is voor Economie en Consumentenbescherming. Ik pleeg op dit moment overleg met mijn collega van de FOD Economie opdat de meest bevoegde administratie de nodige wetgevende initiatieven kan ondernemen en controles kan uitoefenen, met eventuele ondersteuning van de diensten van de FOD Volksgezondheid wanneer er vragen zouden rijzen over hygiëne of veiligheid.

opportune. Plusieurs concertations ont déjà été organisées avec le secteur. Les professionnels eux-mêmes demandent des critères de formation plus étendus et des contrôles plus stricts en matière de santé et de sécurité. Par ailleurs, les tatouages réalisés par des amateurs lors de soirées représentent un phénomène très dangereux qui se développe rapidement.

Mes services ne disposent malheureusement ni des effectifs ni des procédures nécessaires au contrôle des activités exercées dans le cadre de cette profession. Les tatoueurs ne sont pas non plus des prestataires de soins et relèvent de la compétence du ministre en charge de l'Économie et de la Protection des consommateurs. Je me concerte avec lui pour que l'administration la plus compétente puisse prendre les initiatives législatives nécessaires et effectuer des contrôles, éventuellement avec le soutien des services du SPF Santé publique en ce qui concerne l'hygiène et la sécurité.

15.03 Els Van Hoof (cd&v): Dank u wel.

Ik heb begrip voor het punt dat u aanhaalde inzake controle en inspectie. Er moet heel wat gecontroleerd en geïnspecteerd worden tegenwoordig. Men kan de regelgeving wel opstellen, maar zij moet inderdaad ook worden gehandhaafd.

Het is wel goed dat u overleg pleegt met de sector, want die is inderdaad vragende partij voor een betere opleiding en een betere controle. De sector wil ook de erkenning afhankelijk maken van die controle en men is het Nederlandse systeem wel genegen.

Ik hoop dat er uit het overleg met uw collega iets voortvloeit, want de regelgeving aanpassen, is geen complexe materie. Ik heb de Nederlandse wetgeving ter zake gelezen. Uit de *Pano*-reportage bleek heel duidelijk dat dit de manier is, daar tatoeëren en piercen een modetrend is die heel lang lijkt aan te houden en die zeer populair is bij vele mensen – bij heel veel jongeren ook, heb ik begrepen van mijn eigen kinderen, die zeggen dat ik daar ouderwets in ben.

Ik heb geen enkele tattoo, maar ik ben wel bezorgd over de manier waarop het eraan toegaat vandaag. Ik hoop dat u die bezorgdheid deelt en daar werk van kunt maken.

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

16 Samengevoegde vragen van

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het

15.03 Els Van Hoof (cd&v): Ce n'est pas très compliqué d'adapter la législation. Aux Pays-Bas, une autorisation n'est délivrée aux tatoueurs qu'après un contrôle de l'hygiène. On pourrait faire de même en Belgique.

illegaal gebruik van doktersvoorschriften" (55037498C)

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Identiteitsfraude met ziekenfondsklevertjes" (55037654C)**

16 Questions jointes de

- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation illégale de prescriptions médicales" (55037498C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fraude à l'identité commise à l'aide d'étiquettes de mutuelle" (55037654C)**

16.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, recent ontdekte een vader dat op naam van zijn dochter in grote hoeveelheden Rilatine werd gekocht bij diverse apothekers. Er werd gewerkt met gestolen doktersvoorschriften en een kopie van het klevertje van het ziekenfonds van zijn dochter. Ondertussen bracht de vrt aan het licht dat papieren doktersvoorschriften kunnen worden besteld door mensen die geen arts zijn. Het is immers mogelijk om als arts voorschriften te laten drukken door een drukker. Men bestelt die online en krijgt die dan per post geleverd. In principe is elektronisch voorschrijven verplicht, maar er zijn uitzonderingen voor bijvoorbeeld oudere artsen en voor situaties waarbij het voorschrijven online niet lukt.

Mijnheer de minister, zal er een onderzoek worden ingesteld om na te gaan hoe we het illegaal verkrijgen van geneesmiddelen kunnen vermijden?

Moeten we, zolang er uitzonderingen zijn op het elektronisch voorschrijven, de papieren voorschriften toch niet terug laten afleveren door het RIZIV, waarbij de bestellende arts zich dient te identificeren?

16.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, men heeft een geval gedetecteerd waarbij liefst 79 dozen Rilatine werden aangekocht op het conto van een persoon. Men vermoedt dat er nagemaakte ziekenfondsklevertjes werden gebruikt en dat de voorschriften niet helemaal koosjer waren. Het is een wat bizar incident, want via het gedeelde farmaceutische dossier kan een apotheker perfect nagaan hoeveel dozen Rilatine er op naam van een patiënt zijn afgeleverd. Uit de verschillende publicaties kon ik niet opmaken of dit allemaal op één naam werd afgeleverd of niet.

Als apotheker ben ik er wel van overtuigd dat het noodzakelijk is om uitzonderlijk niet-elektronische voorschriften te kunnen blijven hanteleren. Een computer kan al eens dienst weigeren en dan moet de arts toch de mogelijkheid hebben om te kunnen voorschrijven. Als we echter fraude vaststellen, is dat meestal bij de papieren voorschriften.

Welke stappen hebt u genomen naar aanleiding van dit voorval? Welke stappen ziet u mogelijk?

Hoeveel gevallen van fraude met ziekenfondsklevertjes zijn er sinds 2016 ondertussen gekend? Zijn er ook al straffen voor de daders uitgesproken?

Hoe kunnen we dergelijke voorvallen vermijden? Kunt u apothekers sensibiliseren om meer het gedeeld farmaceutisch dossier na te kijken en te communiceren met de betreffende artsen? Zijn er nog andere mogelijkheden volgens u?

16.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik wil even herhalen wat mevrouw Depoorter in het begin van haar vraag zei. Uitzonderingen voorzien op het verplicht elektronisch voorschrijven,

16.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Récemment, un père a découvert que de la Rilatine avait été achetée en grande quantité au nom de sa fille chez différents pharmaciens. Des prescriptions médicales volées et une copie de la vignette de la mutualité de sa fille avaient été utilisées à cet effet. La prescription électronique est obligatoire, mais il existe des exceptions. Comment le ministre compte-t-il éviter ce genre de situations à l'avenir?

16.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Pas moins de 79 boîtes de Rilatine auraient été achetées au nom d'une seule personne. Des exceptions aux prescriptions électroniques obligatoires restent nécessaires – il arrive qu'un ordinateur tombe en panne – mais lorsque des cas de fraude se produisent, c'est en général des prescriptions écrites qui en sont à l'origine.

Quelles démarches le ministre compte-t-il entreprendre? Combien de cas de fraude sont-ils connus?

16.03 Frank Vandenbroucke, ministre: En effet, les exceptions demeurent importantes pour pouvoir

blijft belangrijk om de continuïteit van zorg altijd te kunnen garanderen. Naast de uitzondering voor oudere artsen waarnaar al verwezen werd in die berichtgeving, gaat het eigenlijk om situaties waarbij men continuïteit moet garanderen, bijvoorbeeld – zoals mevrouw Depoorter aangaf – bij een panne van het elektronisch systeem of bij een huisbezoek zonder elektronisch systeem ter beschikking. We moeten dus een afweging maken tussen altijd de toegankelijkheid garanderen voor het afhalen van geneesmiddelen en het voorkomen van fraude.

We zijn het er echter allemaal over eens dat we de digitalisering moeten voortzetten en aanmoedigen en dat doen we ook. Ik kan vandaag echt niet zeggen op welk punt een papieren en handgeschreven voorschrift volledig overbodig zou zijn. Er zijn natuurlijk ook parallelle ontwikkelingen, die hier ook belangrijk zijn en die in principe een stuk van het antwoord zouden kunnen zijn, bijvoorbeeld wat ook werd aangestipt door mevrouw Depoorter, namelijk het gedeeld farmaceutisch dossier. We weten niet goed wat hier precies allemaal gebeurd is, maar het is belangrijk om dat aan te geven.

Dit is een zeer ernstig voorval en we moeten dat ook ernstig nemen. Ik zou wel willen zeggen dat wat hier is gebeurd een zeer vergaande vorm van fraude is. Diefstal van voorschriften, schriftvervalsing, identiteitsfraude en allicht ook misbruik van geneesmiddelen, zijn ernstige feiten. Ik neem aan dat Justitie en politie daarin nog verdere stappen zullen nemen.

Mevrouw Depoorter, u hebt het over vervalste of gestolen klevers van een ziekenfonds als identificatiemiddel. Dat valt volgens mij onder identiteitsfraude. Ook dat is een zeer ernstig misdrijf. Gelukkig valt dat niet veel voor, maar het moet streng betoelgd worden. Ik denk niet dat men omwille van de mogelijkheid van een zeer ernstig misdrijf plotseling een heel systeem moet herzien en moet besluiten dat de papieren voorschriften weg moeten of dat men het verkrijgen van dat papier moet bemoeilijken voor de artsen.

Ik heb wel aan de bevoegde diensten gevraagd om de kwestie toch te onderzoeken en na te denken over mogelijke oplossingen. Kunnen we de uitzonderingen op het verplicht elektronisch voorschrift bijvoorbeeld verder beperken? Zou men bijvoorbeeld bepaalde soorten geneesmiddelen daarvan kunnen uitsluiten? Dat is iets waarover we moeten nadenken, maar ik wil toch eerst het antwoord van mijn diensten afwachten.

Kortom, we moeten dit zeer ernstig nemen en ik heb mijn diensten inderdaad gevraagd om dat verder te bekijken. Op basis van één geval van een zeer ernstig misdrijf een heel systeem compleet overboord gooien, lijkt me evenwel niet zo gemakkelijk te beslissen.

16.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben het ermee eens dat de uitzonderingen op het verplicht elektronisch voorschrijven moeten blijven bestaan. Mevrouw Depoorter heeft terecht een aantal voorbeelden aangehaald waarin dat belangrijk is. Tegelijkertijd moeten we de digitalisering omarmen. U haalt terecht aan dat het hier gaat om fraude die een combinatie is van meerdere zware misdrijven. Dat maakt het nog ernstiger. Men kan fraude in veel gevallen ook niet uitsluiten. Daarmee ben ik het eens.

Het afschaffen van de papieren voorschriften is, omwille van voornoemde redenen, niet echt de oplossing. Er moet wel gezocht worden naar manieren om de achterpoorten zo veel mogelijk te sluiten. Ik kan

assurer la continuité des soins à tout moment. Il ne s'agit pas seulement de médecins âgés, mais aussi de pannes du système électronique ou de visites à domicile sans système électronique. Nous devons donc mettre en balance le fait de garantir l'accessibilité pour le retrait des prescriptions et la prévention de la fraude. Nous encourageons également la numérisation. Outre la prescription électronique, il y a aussi le dossier pharmaceutique partagé.

Les faits concernent une forme de fraude très étendue. Le vol d'ordonnances, la falsification d'écritures, l'usurpation d'identité, voire l'usage abusif de médicaments sont des actes graves. Ces faits sont plutôt rares, mais doivent être sévèrement réprimés. Mais ce n'est pas parce qu'un délit grave peut être commis, qu'il faut soudainement revoir tout le système. J'ai demandé à mes services de se pencher sur la question et d'envisager des solutions possibles. J'attends la réponse.

16.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Des exceptions devraient en effet être possibles et, dans le même temps, nous devrions également jouer la carte du numérique. Il faut supprimer toute possibilité de fraude.

alleen maar toejuichen dat u uw diensten de opdracht hebt gegeven om te bekijken hoe dergelijke fraude zo veel mogelijk kan worden tegengegaan. Alvast mijn dank daarvoor.

16.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is inderdaad niet evident. U verwees naar Justitie en politie, maar in eerste instantie zal wel altijd de farmaceutische inspectie als eerste ingelicht worden door de apotheker die bij het inkijken van het gedeeld farmaceutisch dossier een vermoeden van fraude heeft, of aanvoelt dat er iets niet juist is.

U hebt helemaal gelijk als u stelt dat uitzonderingen moeten kunnen worden toegestaan. Het mocht maar eens gebeuren dat men geen toegang heeft tot het internet, of dat Recip-e voor de verandering eens platligt, wat af en toe gebeurt. Daarover hebben we het straks nog. Extra drempels invoeren lijkt me wel een mogelijkheid.

Een kleine kanttekening daarbij: u geeft aan niet voorbarig te willen communiceren. Ik zou dat ook niet doen. We zouden een extra drempel kunnen invoeren voor slaapmiddelen en narcotica, maar wat dan met een kankerpatiënt die een pijnopstoot heeft en een arts erbij roept? Dat zijn voorbeelden die dagelijks gebeuren, zeker in de wachtdienst.

Ik zou er wel voor willen pleiten dat de apotheker op een papieren voorschrift voor een narcoticum of een slaapmiddel een bijkomende controle uitvoert, bijvoorbeeld door de arts te contacteren of door het gedeeld farmaceutisch dossier in te kijken. Er kan met de apothekersbond worden bekeken of er extra drempels kunnen worden ingebouwd. Wie 79 dozen Rilatine op zijn of haar naam of via fraude aankoopt, doet duidelijk aan overconsumptie of verkoopt ze verder op een minder koosjere markt. Het is zaak daar oog voor te hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- **Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De weigering van toegang tot Recip-e" (55037512C)**
- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De applicatie voor de huisapotheker" (55037650C)**

17 Questions jointes de

- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus d'accès à Recip-e" (55037512C)**
- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'application pour le pharmacien de référence" (55037650C)**

17.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ook deze vraag gaat over de digitalisering in de gezondheidszorg, dus ik kan herhalen dat dit iets is dat we moeten omarmen en waar we stappen moeten blijven zetten.

Op het centrale Recip-e-systeem is een functie voorzien waarmee de patiënt zijn of haar persoonlijke medische voorschriften kan raadplegen via externe platformen. Het Informatieveiligheidscomité (IVC) besloot om de apps waarmee patiënten geneesmiddelenvoorschriften kunnen visualiseren geen toegang meer te geven tot de API bij Recip-e of VIDIS, maar in de plaats daarvan met een *single sign-on* door te linken naar de door de overheid gratis aangeboden en degelijk beveiligde VIDIS-toepassing, die toelaat om de openstaande geneesmiddelenvoorschriften te visualiseren, te downloaden en de uitvoering ervan

16.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Le pharmacien qui consulte le dossier pharmaceutique partagé sera le premier à suspecter une fraude et à en informer l'inspection pharmaceutique. Des exceptions doivent subsister, mais cela n'empêche pas d'instaurer des limites supplémentaires. Je plaide pour que le pharmacien procède à un contrôle supplémentaire en cas de prescription sur papier d'un narcotique ou d'un somnifère, par exemple en prenant contact avec le médecin concerné ou en consultant le dossier pharmaceutique.

17.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Le système central Recip-e comporte une fonction permettant au patient de consulter ses prescriptions médicales personnelles par le biais de plateformes externes. Le comité de sécurité de l'information a décidé de mettre en œuvre cette fonction par une opération de connexion unique qui permet d'accéder par un hyperlien à l'application VIDIS fournie gratuitement par l'autorité publique et correctement sécurisée, afin d'éviter

te reserveren bij een apotheek naar keuze van de patiënt.

Volgens het Informatieveiligheidscomité is die beslissing genomen vanwege het risico dat de gegevens toegankelijk zouden zijn voor aanbieders van private en/of commerciële patiëntenkanalen en zouden kunnen worden gebruikt voor andere doeleinden dan de aflevering van de geneesmiddelen of de visualisatie en het beheer van de persoonlijke medische voorschriften van de patiënt.

Het gevolg daarvan is dat privé-organisaties die patiëntenplatforms ontwikkelden met toegang tot Recip-e de geneesmiddelenvoorschriften voor hun patiënten niet meer kunnen visualiseren, terwijl zij dat vier jaar geleden wel konden, op voorwaarde dat zij voldeden aan bepaalde voorwaarden, onder andere op het vlak van beveiliging. Ondertussen gebruiken 1,5 miljoen burgers een dergelijke app.

Wat is uw standpunt ten aanzien van de beslissing van het Informatie-veiligheidscomité? Vindt u het monopolie dat zo wordt gecreëerd voor de apps van de overheid normaal? Vier jaar geleden verleende de overheid privéondernemingen onder bepaalde voorwaarden toegang tot Recip-e. Waardoor is de overheid van koers veranderd? Werd misbruik van gegevens vastgesteld?

17.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, in een vrije opinie in *De Tijd* uit professor Dewallens zijn bezorgdheid over de beslissing die genomen is in het IVC om de toegang tot Recip-e te beperken tot het VIDIS-platform vanaf 1 juli 2023.

Dat zou dus betekenen dat de applicaties van Farmad en Corilus die de huisapotheken gebruiken, aan bijna 1 miljoen patiënten geen rechtstreekse toegang meer zouden kunnen garanderen tot de niet-opgehaalde voorschriften. Bovendien zouden private ontwikkelingen, zoals chatfuncties, altijd via het overheidsplatform VIDIS dat u in het leven roept, moeten passeren. Die beslissing, waar pas enkele weken geleden overleg over plaatsvond met de sector en die ondertussen gecommuniceerd werd, zal het gebruiksgemak van innovatieve applicaties voor patiënten bezwaren en de ontwikkeling van innovatieve technieken fnuiken.

Als apothekers kregen wij via onze softwarespecialist het bericht dat er vanaf 1 juli enkel nog een RID-code mag worden gecommuniceerd. Het wordt dus heel wat moeilijker voor de patiënt.

Waarom ondersteunde u die beslissing? Nam u actief deel aan de beslissing?

In hoeverre stemt de beslissing overeen met de Europese Data Governance Act en met de European Health Data Space?

Hoeveel middelen trekt u uit voor de dienst van de heer Robben om het platform uit te werken?

In hoeverre respecteert u de rechten van de patiënt met de beslissing?

Voorziet u een soort "bug", zodat de patiënt, zeker in tijden als deze met grote geneesmiddelentekorten, rechtstreeks zijn of haar niet-opgehaalde voorschriften kan reserveren bij de huisapotheker? Dan kan de huisapotheker anticiperen op de tekorten en een oplossing zoeken.

Agoria en beMedTech schreven u een brief omtrent de beslissing. Bent

que ces données soient accessibles à des fournisseurs de canaux privés et/ou commerciaux et fassent l'objet d'un usage inapproprié. Il en résulte toutefois que les organisations privées qui ont développé des plateformes de patients offrant un accès à Recip-e ne peuvent plus accéder aux prescriptions de médicaments pour leurs patients. Le ministre peut-il fournir des explications à cet égard?

17.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Dans une *carte blanche* publiée dans le quotidien *De Tijd*, le Pr Dewallens s'inquiète de la décision de restreindre l'accès à Recip-e à la plateforme VIDIS à partir du 1^{er} juillet 2023. Cela signifierait que les applications de Farmad et Corilus, utilisées par les pharmaciens de référence, ne pourraient plus garantir un accès direct aux prescriptions non retirées à près d'un million de patients. De plus, les développements privés devraient toujours passer par la plateforme publique VIDIS.

Pourquoi le ministre a-t-il soutenu cette décision? Dans quelle mesure répond-elle à la loi européenne sur la gouvernance des données et à l'Espace européen des données de santé? Quel est le budget pour développer cette plateforme? Dans quelle mesure respecte-t-on les droits des patients? Le ministre envisage-t-il une sorte de bug permettant aux patients de réserver leurs prescriptions non retirées directement auprès du pharmacien de référence?

Agoria et beMedTech ont écrit au ministre au sujet de cette décision. Le ministre est-il disposé à poursuivre la concertation?

u bereid in overleg te gaan en te zoeken naar een oplossing, zodat het overheidsplatform naast innovaties en private initiatieven zou kunnen bestaan? Zo zou er toch een opening blijven bestaan voor private applicaties en kunnen beide naast elkaar worden ontwikkeld, ten dienste van de patiënt.

17.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Depoorter, ik zal een relatief uitvoerig antwoord geven op beide vragen.

Ten eerste, inzake mijn standpunt en mijn mening over de situatie is het uiteraard belangrijk dat elke patiënt haar of zijn elektronisch geneesmiddelenvoorschrift op een gebruiksvriendelijke wijze kan raadplegen. De patiënt moet daarbij wel de waarborg hebben dat enkel zij of hij en de personen die zij of hij machtigt, zoals de apotheker die de voorschriften dient uit te voeren, de geneesmiddelenvoorschriften kunnen raadplegen en dat niemand anders daartoe toegang kan hebben. Uit geneesmiddelenvoorschriften kan immers vaak informatie worden afgeleid over gezondheidsaandoeningen.

Ik lees de beslissing van het Informatieveiligheidscomité als een maatregel om te vermijden dat elektronische geneesmiddelenvoorschriften zonder uitdrukkelijke toestemming van de patiënt toegankelijk zouden kunnen zijn voor derden, zoals aanbieders van raadplegersplatformen zelf. Ik lees ook dat het RIZIV binnen de VIDIS-toepassing een functionaliteit heeft ontwikkeld, waarmee de patiënt zijn geneesmiddelenvoorschriften kan visualiseren en het uniek identificatienummer van het geneesmiddelenvoorschrift op de Recip-e-server kan doorsturen naar de apotheek, waar de patiënt om de uitvoering van het voorschrift verzoekt. De VIDIS-toepassing is strikt beveiligd en biedt de waarborg dat de geneesmiddelenvoorschriften enkel kunnen worden gelezen door de gebruiker die zich heeft geïdentificeerd.

Het Informatieveiligheidscomité wijst erop dat platformen die elektronische gezondheidsdiensten wensen aan te bieden aan de patiënt, met een *single sign-on* kunnen doorklikken naar die functionaliteit binnen de VIDIS-toepassing. Ik beschouw dat dus niet als een monopolie voor een platform of app, aangeboden door de overheid, maar als een evenwichtige manier om gebruiksvriendelijke dienstverlening aan de burger en informatieveiligheid met elkaar te verzoenen.

Er lopen overigens constructieve gesprekken tussen het eHealthplatform, het RIZIV en de vertegenwoordigers van de software-industrie om af te spreken hoe alle nuttige functionaliteiten concreet aan de patiënt blijvend kunnen worden aangeboden, met respect voor de informatieveiligheidsdoelstellingen vervat in de beslissing van het Informatieveiligheidscomité.

De beveiligde toegang tot elektronische geneesmiddelenvoorschriften voor softwarepakketten die zorgverstrekkers en zorginstellingen ondersteunen, wordt door het Informatieveiligheidscomité niet in vraag gesteld. De verwerking van die voorschriften gebeurt immers steeds onder de verantwoordelijkheid van een zorgverstrekker of een zorginstelling die krachtens de algemene verordening gegevensbescherming verantwoordelijk is om ervoor te zorgen dat de verkregen gegevens niet onrechtmatig voor derden toegankelijk kunnen zijn.

Bij patiëntenplatformen ligt het anders. Daar is de patiënt zelf afhankelijk van de informatieveiligheidsvoorwaarden die het platform aanbiedt en riskeert de patiënt zelf onbewust algemene gebruiksvoorwaarden te

17.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Chaque patient doit pouvoir consulter facilement sa prescription électronique de médicaments mais des données potentiellement sensibles de ce genre ne peuvent pas être accessibles à des personnes non autorisées. Je considère la décision du Comité de sécurité de l'information comme une mesure permettant d'éviter une telle situation. J'ai également lu que l'INAMI avait développé une fonctionnalité au sein de l'application VIDIS qui permet au patient de consulter ses prescriptions de médicaments et d'envoyer le numéro d'identification unique de la prescription sur le serveur Recip-e à la pharmacie, où le patient demande la mise en œuvre concrète de la prescription. L'application VIDIS est hautement sécurisée. Le Comité de sécurité de l'information attire l'attention sur le fait que les plateformes qui souhaitent proposer aux patients des services électroniques liés à la santé, peuvent avoir accès en quelques clics à cette fonctionnalité de l'application VIDIS, grâce à une authentification unique.

En outre, des discussions constructives sont en cours entre la plateforme eHealth, l'INAMI et les représentants de l'industrie du logiciel pour convenir de la manière de continuer à offrir toutes les fonctionnalités utiles aux patients, tout en respectant les objectifs de sécurité de l'information du Comité de sécurité de l'information.

L'accès sécurisé aux prescriptions électroniques de médicaments pour les logiciels destinés aux prestataires de soins de santé et aux établissements de soins de santé n'est pas remis en question, dès lors qu'il se fait sous la responsabilité d'un prestataire ou d'un établissement qui doit se conformer au règlement général sur la

aanvaarden die geen afdoende informatieveiligheidsniveaus waarborgen. Er kwamen steeds meer vragen binnen vanwege diverse aanbieders van patiëntenplatformen om toegang te krijgen tot elektronische geneesmiddelenvoorschriften, waardoor het risico verhoogde.

Het is overigens voor de overheid quasi onmogelijk om al die platformen permanent op een afdoende wijze op informatieveiligheid te toetsen. Tegelijkertijd wil de overheid niet het risico lopen dat het rechtmatige vertrouwen van de patiënt, terecht, zou worden geschaad door een bewust of onbewust gegevenslek. Daarom wordt voorgesteld om de patiëntenplatformen aan te zetten om de patiënt veilig door te laten klikken naar de toepassing waarvan de veiligheid wel structureel is gewaarborgd.

De vrije opinie in *De Tijd* van de heer Dewallens bevat heel wat onjuistheden. Het is helemaal niet zo dat de toepassingen van Farmad en Corilus geen toegang meer zouden kunnen geven aan de patiënt tot zijn geneesmiddelenvoorschriften of dat chatfuncties via een overheidsplatform zouden moeten passeren. De manier waarop wijzigd wel en levert de patiënten bijkomende informatieveiligheidswaarborgen op, zoals ik daarnet beschreef.

Het klopt ook niet, in tegenstelling tot wat de heer Dewallens schrijft, dat de app Mijn Geneesmiddelen op de portaalsite mijngezondheid, waar de patiënt zijn gezondheidsvoorschriften en tal van andere gezondheidsinformatie kan terugvinden, een concurrent zou zijn voor een privé-initiatief, laat staan een overheidsmonopolie. Dergelijke termen komen uit de sfeer van de economische marktwerking en vertolken onvoldoende de basisdoelstelling van geïntegreerde, kwalitatieve, patiëntgerichte zorg. Gelukkig is dat nu de manier waarop wij in België tegen gezondheidszorg en e-gezondheid aankijken.

Ik zet alvast verder in op een optimale samenwerking tussen overheden, zorgverstrekkers en softwareleveranciers voor een optimale gezondheidszorg met ruimte voor innovatie, met respect voor ethiek en voor de privacy van de patiënt, met duidelijke afspraken en verantwoordelijkheden en tegen een maatschappelijk verantwoorde kostprijs. Dat is overigens ook de uiteindelijke doelstelling van de European Data Governance Act en de European Health Data Space, waaraan wij ons in België al grotendeels de facto conformeren.

Een recent OESO-rapport toont aan dat het vertrouwen van de Belgen in de gezondheidszorg en e-gezondheid bij de hoogste in de wereld behoort. Dat moeten we zo houden. Er is daarover permanent overleg met de industrie via Agoria, dat vertegenwoordigd is in het beheerscomité van het eHealth-platform. Zoals ik al aangaf, is er ook naar aanleiding van de beslissing van het Informatieveiligheidscomité de voorbije twee weken constructief overleg geweest tussen Agoria, het RIZIV en het eHealth-platform.

Dat heeft inmiddels geleid tot concrete afspraken over de wijze waarop de patiënt ook via de toepassingen van Farmad en Corilus toegang kan blijven hebben tot zijn openstaande geneesmiddelenvoorschriften en geneesmiddelen kan blijven reserveren bij de apotheek van zijn keuze met de nodige feedbackmechanismen. Farmad heeft alvast aangegeven zijn toepassing te zullen aanpassen aan de afspraken en ze verder te blijven aanbieden aan de patiënt.

De manier waarop patiënten vanuit mijngezondheid of elk ander platform hun geneesmiddelen voortaan zullen kunnen raadplegen, leidt tot

protection des données. En revanche, dans le cas des plateformes de patients, le patient lui-même est tributaire des conditions de sécurité de l'information de la plateforme, même si les niveaux de sécurité de l'information ne sont pas garantis.

Il est impossible pour les autorités de contrôler en permanence toutes ces plateformes pour s'assurer que la sécurité de l'information est suffisante et on veut éviter que la confiance des patients ne soit entamée par une fuite de données. Il est donc suggéré que les plateformes de patients permettent à ces derniers de cliquer sur une application structurellement sûre.

L'article précité de M. Dewallens contient de nombreuses inexactitudes. Il n'est pas exact que les applications de Farmad et Corilus ne pourraient plus permettre aux patients d'accéder à leurs prescriptions ou que les fonctions de chat devraient passer par une plateforme publique. En revanche, la manière de procéder change.

Il est également inexact que l'app Mes médicaments sur le portail masanté, qui permet au patient d'accéder à ses prescriptions médicales et à d'autres données de santé, serait en concurrence avec une initiative privée et que, a fortiori, il s'agirait d'un monopole public. L'objectif de base demeure des soins intégrés, de qualité et axés sur le patient. C'est ainsi que nous concevons aujourd'hui en Belgique les soins de santé et l'e-santé, et heureusement.

Je poursuis les efforts visant à améliorer la collaboration entre les autorités, les prestataires de soins et les fournisseurs de logiciels, et ce en faveur de soins de santé optimaux, qui laissent une place à l'innovation, dans le respect de l'éthique et de la vie privée du patient, avec des responsabilités et des accords clairs, le tout à un prix socialement juste. C'est également l'objectif ultime de la loi européenne sur la gouvernance des

herkenbaarheid en vertrouwen. De inhoudelijke gezondheidsgegevens zelf rondsturen naar elk nieuw platform dreigt enkel versnippering en verwarring te brengen, ook voor de patiënt, en houdt risico's in die we kunnen vermijden.

Het coördineren van e-gezondheid en het aanbieden van een geïntegreerd portaal voor de patiënt is een wettelijke basisopdracht van het eHealth-platform. Er zijn geen specifieke bijkomende middelen toegekend aan het eHealth-platform voor deze aangelegenheid.

données et de l'espace européen des données de santé.

Un rapport récent de l'OCDE montre que la confiance des Belges à l'égard des soins de santé et de l'e-santé compte parmi les plus élevées au monde. Ce point fait l'objet d'une concertation permanente avec l'industrie par l'intermédiaire d'Agoria, qui siège également dans le comité de gestion de la plateforme eHealth. Ce faisant, des accords ont déjà été pris sur la façon dont les patients pourraient continuer à utiliser les applications Farmad et Corilus pour accéder à ses prescriptions de médicaments et pour réserver ses médicaments. Farmad souhaite d'ores et déjà adapter son application en conséquence.

La coordination de l'e-santé et la mise à disposition d'un portail intégré pour le patient font partie des missions de base confiées légalement à la plateforme eHealth. Elle ne bénéficie pas de moyens supplémentaires spécifiques à cet effet.

17.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de veiligheid van de gegevens moet uiteraard gegarandeerd zijn. Daar moet heel zorgvuldig mee worden omgegaan, maar ook privéspelers beschikken over de nodige kennis daarvoor. Zeker als er controle en toezicht is vanuit de overheid om na te gaan of dat op een veilige manier gebeurt, moeten wij er toch over nadenken om het in de toekomst opnieuw open te stellen.

17.04 Robby De Caluwé (Open Vld): La sécurité des données doit évidemment être garantie mais des opérateurs privés disposent également des connaissances nécessaires à cet égard. Nous devons tout de même envisager la possibilité de confier à nouveau cette tâche à de tels partenaires à l'avenir.

17.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik volg uw redenering absoluut niet. Het betreft wel een monopolisering van gegevens, want u trekt alle gegevens naar u toe. De argumentering dat de privacy van de patiënt in het gedrang zou komen, wil ik ook in twijfel trekken. Men kan perfect via een *informed consent* werken en zo kan de patiënt een absolute garantie hebben wat de privacy van zijn of haar gezondheidsgegevens betreft. Ik lees dit echt als een monopolisering, als een evolutie naar staatsgeneeskunde, waarin de overheid op de hoogte wil zijn van alles.

17.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Dans le cas présent, on assiste à une monopolisation des données puisque le ministre tente de s'approprier toutes ces données. On pourrait tout à fait avoir recours au consentement éclairé et ainsi offrir au patient la garantie absolue de sécurisation de ses données de santé. Le ministre devra toutefois recourir à des initiatives privées s'il entend effectivement subvenir aux besoins des patients en matière de soins. Les applications pourront également contribuer au support aux patients. Le

Toch zult u nood hebben aan private initiatieven als u de zorgnoden van de patiënt effectief wilt tegemoetkomen. Dat wordt in elke studie duidelijk weergegeven. We hebben niet voldoende handen aan het bed. Apps zullen ons kunnen helpen om de patiënten bij te staan.

VIDIS zal dus over alle gegevens beschikken en zal beslissen wie toegang heeft tot welke informatie. U zegt wel dat men met een *single*

sign-on de toepassing zal kunnen gebruiken, maar u bent degene die zal beslissen op welke voorwaarden dat gebeurt en dat is net het verschil tussen uw ideologie en de mijne.

U zegt dat u wel in overeenstemming bent met de European Data Governance Act. Dat is volledig in tegenstelling met wat de Nederlandse overheid aangeeft, want zij gaat net veel breder en kiest voor veel meer openheid, terwijl ze toch de privacy van de patiënt garandeert. Dat is misschien wel het verschil tussen Nederland en België. Nederland heeft een liberale premier die wel iets te zeggen heeft; in België stel ik vast dat u, met uw socialistische ideologie, het voortouw neemt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appel urgent au don de sang de la Croix-Rouge" (55037494C)

18 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dringende oproep van het Rode Kruis om bloed te geven" (55037494C)

18.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, mon collègue Prévot y a fait allusion tout à l'heure dans le cadre de sa question. À l'occasion de la Journée mondiale des donneurs de sang, le 14 juin dernier, le service du sang de la Croix-Rouge de Belgique lançait un nouvel appel urgent au don de sang en raison de stocks très critiques et de perspectives loin de pouvoir répondre aux besoins des hôpitaux pendant l'été. Une situation à laquelle il faut absolument remédier le plus vite possible pour éviter une véritable pénurie de sang.

Malgré cela, force est de constater qu'aujourd'hui, notre pays exclut purement et simplement toute une catégorie de la population de la possibilité de pouvoir donner son sang, à savoir les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, à moins d'observer une période d'abstinence sexuelle de douze mois, qui est stigmatisante et injustifiée et qui est passée, ce 1^{er} juillet, à quatre mois. Il n'en demeure pas moins que cela reste extrêmement stigmatisant.

À cet égard, il est assez curieux de constater, qu'alors même que notre pays a toujours été en pointe sur les questions de droits accordés aux personnes LGBTQIA+, pour le coup, ici, notre pays est complètement à la traîne; même les États-Unis font preuve de plus de pragmatisme et de progressisme en la matière. En effet, la *Food and Drug Administration* a, à nouveau, recommandé aux organisations de don de sang de prévoir que les donneurs potentiels répondent à la même série de questions, indépendamment de leur sexe et de leur orientation sexuelle.

D'où mes questions, monsieur le ministre: à côté des mesures que vous avez mobilisées et que vous avez expliquées tout à l'heure à mon collègue, envisagez-vous d'autres mesures, en particulier la levée de cette période d'abstinence sexuelle qui ne touche que les hommes bi- ou homosexuels? Pour quand et dans quelles conditions? Avez-vous, à tout le moins, évalué l'impact des législations progressistes qui ont été adoptées en la matière par d'autres États comme l'Espagne, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni ou encore le Canada, tant sur la qualité du sang que sur l'impact sur le stock de sang? À quoi correspond aussi le budget qui a été évalué l'été dernier dans le cadre de l'examen de votre projet de loi par la Croix-Rouge, à savoir 50 millions d'euros pour développer des mesures alternatives à l'exclusion temporaire des hommes homosexuels? Allez-vous oui ou non débloquer ce budget

ministre déclare que l'on pourra utiliser l'application grâce à une authentification unique mais il décide lui-même à quelles conditions.

18.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Op 14 juni lanceerde het Rode Kruis een dringende oproep om bloed te geven vanwege de kritieke situatie van de bloedvoorraden. Die situatie moet verholpen worden.

Desondanks sluit ons land mannen die seks hebben met mannen uit van bloeddonatie, tenzij ze een periode van seksuele onthouding in acht nemen, die teruggebracht werd tot vier maanden. Die regel blijft echter stigmatiserend.

België is een van de landen die de toon aangeven op het stuk van lgbtqia+-rechten, maar op dit gebied hinken we achterop!

De Amerikaanse Food and Drug Administration (FDA) geeft als aanbeveling dat alle potentiële donoren dezelfde vragen beantwoorden, ongeacht hun geslacht en seksuele geaardheid.

Overweegt u nog andere maatregelen te nemen dan die welke al genoemd werden, in het bijzonder het afschaffen van de periode van onthouding, die alleen geldt voor bi- of homoseksuele mannen? Hebt u de weerslag van de wetgeving in andere landen geëvalueerd? Zult u het budget dat hier voor vooropgesteld werd ook effectief uittrekken?

sous cette législature?

Enfin, avez-vous également mis en balance ce coût budgétaire avec le coût humain et social que représente cette exclusion tant en termes de discrimination que d'aggravation de la pénurie de sang? Cela signifie des vies qui ne peuvent pas être sauvées.

18.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, madame Rohonyi, je suis bien conscient des difficultés actuelles rencontrées par les établissements de sang pour assurer un stock de sang suffisant qui couvre les besoins de la population.

L'adaptation des critères d'exclusion qui a eu lieu durant cette législature et qui entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2023 prévoit la réduction de la période d'abstinence de douze mois à quatre mois pour certaines pratiques sexuelles à risque sans distinction d'orientation sexuelle. Cette décision se fonde sur l'évolution des données épidémiologiques des dernières années issue des résultats d'une étude menée par l'AFMPS à ma demande qui a permis de cartographier la situation dans différents pays avec une épidémiologie similaire à la nôtre. Pour de nombreux pays étudiés, les changements dans les critères d'exclusion sont assez récents, tout comme les conséquences qu'a eues la pandémie sur l'organisation de la collecte de sang. L'impact de ces changements ne sera visible que d'ici quelques années.

Actuellement, une levée complète de la période d'abstinence n'est donc pas envisagée. Néanmoins, il n'est pas exclu que la diminution de ce délai à quatre mois accompagnée de certaines mesures telles que le test individuel du don, qui vise particulièrement la protection des receveurs, facilitera la mise à disposition de données épidémiologiques supplémentaires.

En 2020, l'avis 9579 du Conseil Supérieur de la Santé propose des mesures pour contrer les pénuries graves. Certaines de ces mesures, comme la possibilité de faire plus de dons par an et la promotion de celle-ci, peuvent augmenter les stocks de sang sans augmenter le risque pour les receveurs. Toutefois, la réduction des pertes est aussi importante que le nombre de dons. Aussi, le SPF Santé publique travaille-t-il avec des experts du secteur, la plate-forme BeQuinT (*Belgian Quality in Transfusion*), afin de soutenir les hôpitaux dans la promotion d'un usage rationnel du sang et dans l'implémentation du *Patient Blood Management*.

18.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. En fait, si je lis entre les lignes, il n'y aura pas d'avancée et, en tout état de cause, nous ne pouvons plus espérer une suppression de cette période d'abstinence sexuelle qui ne touche que les hommes homosexuels sous cette législature. En effet, vous nous dites clairement qu'on n'a pas encore suffisamment de recul par rapport aux législations progressistes qui ont été adoptées en la matière dans d'autres États.

Je trouve que c'est regrettable. Vous citez tout à l'heure l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, dont la moitié des experts ont dit très clairement qu'on pouvait, à très court terme, lever le critère des homosexuels à condition de se concerter avec le terrain et de rendre les questions Prédом encore plus poussées sur les comportements à risque. Il me semble que ces deux conditions ne sont pas la mer à

Voor die uitsluiting wordt een menselijke en maatschappelijke prijs betaald, in de vorm van discriminatie en een tekort dat steeds schrijnender wordt.

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Bij de aanpassing van de uitsluitingscriteria wordt de onthoudingsperiode voor bepaalde risicovolle seksuele praktijken ingekort van twaalf tot vier maanden. Die beslissing is gebaseerd op een studie van het FAGG, waarin men de situatie in verschillende landen met een vergelijkbare epidemiologische toestand in kaart gebracht heeft. Die wijzigingen zijn recent, evenals de gevolgen van de pandemie voor de bloedinzameling. De impact van die wijzigingen zal pas over enkele jaren zichtbaar zijn.

Een volledige afschaffing van de onthoudingsperiode wordt niet overwogen.

Door de inkorting van die periode, die gepaard gaat met bepaalde maatregelen, zal het gemakkelijker worden om bijkomende gegevens te verzamelen.

De Hoge Gezondheidsraad stelt maatregelen voor om ernstige tekorten te voorkomen. De beperking van de verliezen is echter even belangrijk als het aantal donaties. De FOD werkt samen met experts en met het platform BeQuinT, meer bepaald op het stuk van de implementatie van het *Patient Blood Management*.

18.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Van vooruitgang zal er dus geen sprake zijn, en een afschaffing van de periode van seksuele onthouding, die alleen homoseksuele mannen treft, zit er niet aan te komen. Dat is jammer!

Volgens experts van de Hoge Gezondheidsraad kan het criterium van mannen die seks hebben met mannen op korte termijn opgeheven worden, op voorwaarde dat er overlegd wordt met het veld en dat

boire: se concerter avec le terrain, cela peut être fait dès aujourd'hui, - cela aurait d'ailleurs déjà dû être fait - et adapter les questionnaires Prédom. Cela se fait également à l'étranger.

On pourrait donc très bien se calquer sur ce qui est fait, d'autant que cela ne représente pas un budget énorme. D'ailleurs, à cet égard, je n'entends aucune volonté politique d'avancer sur ce budget, alors qu'il permet d'éviter un coût humain et social inacceptable aujourd'hui. En effet, des personnes sont purement et simplement exclues du don de sang alors qu'elles peuvent nous aider à trouver de précieuses poches de sang pour pouvoir sauver des vies.

Dès lors, se fonder sur l'évolution des données épidémiologiques, sans tenir compte de ce qui se fait, des tests ou des questionnaires existants et qui devraient s'adresser de la même manière à tout le monde, je trouve cela plutôt hypocrite et lâche. En fin de compte, c'est indigne de ce qu'a laissé transparaître la Vivaldi lorsqu'on a voté ce projet de loi, à savoir présenter cette réduction de la période d'abstinence sexuelle de douze à quatre mois comme une avancée, comme une étape dans une stratégie de pas à pas, alors qu'on voit bien qu'on ne risque pas d'avancer avant plusieurs années. C'est en tout cas, malheureusement, ce qui ressort de votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge de l'hyperémèse gravidique" (55037514C)

19 Vraag van Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van hyperemesis gravidarum" (55037514C)

19.01 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, l'hyperémèse gravidique est une pathologie de grossesse provoquant nausées, vomissements graves irrépressibles. Ces symptômes engendrent une fatigue extrême, des difficultés à s'hydrater et à s'alimenter, une déshydratation, une dénutrition et une perte de poids importante des mères qui en sont atteintes. En fonction de la sévérité de la pathologie, des troubles vitaminiques peuvent apparaître et ces symptômes peuvent conduire à une ou de multiples hospitalisations. Dans les cas les plus graves, l'hyperémèse peut mettre en danger la vie de la maman et avoir des conséquences sur le futur bébé mais de façon générale, l'HG impacte fortement les futures mamans au point de les empêcher, dans certains cas, de continuer à avoir une vie professionnelle, sociale et familiale en raison de l'affaiblissement physiques provoqué par les vomissements.*

Cette pathologie peu connue touche 0.3 à 3 % des femmes enceintes mais le sujet vit dans la société civile puisque des associations de sensibilisation existent en Belgique, notamment l'ASBL Hyperemesis Belgium. Le peu de connaissance de cette maladie, les biais ainsi que les vomissements connus comme symptômes courants du premier trimestre de grossesse entraînent pour les femmes atteintes de cette pathologie, un parcours de grossesse difficile. Ainsi, tant le diagnostic que la prise en charge des futures mamans et le traitement même de la pathologie sont des difficultés que rencontrent les femmes atteintes d'hyperémèse gravidique.

Le traitement de la maladie, l'ondansétron (un antiémétique utilisé en soins postopératoires ou induits par une chimiothérapie ou une radiothérapie) peut être prescrit aux patientes pour calmer les symptômes.

de vragenlijst voor kandidaat-donoren gedetailleerder wordt.

We kunnen ons door de bestaande praktijken laten inspireren. Het gaat niet over een enorm budget. Bovendien hoor ik geen politieke wil om verder te gaan met dat budget.

Het is beneden alle peil om het terugbrengen van de onthoudingsperiode van twaalf naar vier maanden voor te stellen als een stap voorwaarts, als een stap in een gefaseerde strategie, terwijl het duidelijk is dat we de komende jaren geen vooruitgang zullen boeken.

19.01 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Hyperemesis gravidarum is een zwangerschapsaandoening die gekenmerkt wordt door ernstige en onweersaanbare braakneigingen, wat tot extreme vermoeidheid, dehydratie, ondervoeding en gewichtsverlies leidt. Hierdoor kunnen vitaminetekorten optreden en ziekenhuisopnames noodzakelijk zijn. Hyperemesis kan het leven van de moeder in gevaar brengen en gevolgen hebben voor de baby, maar de aandoening kan er ook voor zorgen dat vrouwen geen professioneel, sociaal en gezinsleven meer hebben.*

Deze weinig bekende aandoening treft 0,3 à 3 % van de zwangere vrouwen. Er bestaan verenigingen die sensibiliseringsacties organiseren, zoals met name de vzw Hyperemesis Belgium. Het gebrek aan kennis en het feit dat braakneigingen bekendstaan als een courant symptoom tijdens een zwangerschap bemoeilijken de diagnose,

Cependant, ce médicament n'est pas remboursé en ambulatoire ni prescrit de façon systématique en raison des risques de malformations oro-faciales soulevés par l'Agence européenne des médicaments.

Voici mes questions:

- 1) Existe-t-il, à ce jour, un protocole hospitalier standardisé pour la prise en charge des femmes atteintes de l'hyperémèse?*
- 2) Un trajet de soin pour les patientes pourrait-il être mis en place pour les accompagner et soulager au mieux?*
- 3) Une meilleure sensibilisation à cette pathologie et sa prise en charge par le personnel soignant peut-elle être envisagée?*
- 4) Une étude est apparemment menée par l'INAMI au sujet du remboursement de l'ondansétron en cas d'hyperémèse gravidique. Avez-vous plus d'information à ce sujet?*

de patiëntenbegeleiding en de behandeling. Ondansetron kan voorgeschreven worden om de symptomen te milderen, maar wordt in de ambulante zorg niet terugbetaald en evenmin systematisch voorgeschreven aangezien het Europees Geneesmiddelenbureau gewezen heeft op risico's op misvormingen.

Bestaat er een gestandaardiseerd ziekenhuisprotocol? Zou er een zorgtraject opgezet kunnen worden? Valt het te overwegen om het zorgpersoneel hiervoor te sensibiliseren? Het RIZIV zou de terugbetaling van ondansetron in geval van hyperemesis gravidarum momenteel onderzoeken. Hebt u informatie hierover?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame de Laveleye, il n'existe pas de lignes directrices de pratique clinique sur l'hyperémèse émises par le gouvernement fédéral à l'intention des praticiens ou des hôpitaux – et ce n'est d'ailleurs pas son rôle.

Il existe des directives internationales sur l'hyperémèse et une revue systématique a été récemment publiée pour évaluer la qualité de ces directives. Les méthodes de traitement y sont également abordées y compris le médicament ondansétron dont vous avez parlé. Je peux vous donner les références si nécessaire. Il existe donc des preuves étayées concernant la gestion de l'hyperémèse dans la littérature scientifique.

Conformément à l'article 4 de la loi sur la qualité, les médecins disposent de la liberté diagnostique et thérapeutique pour traiter les patients. Le médecin est toutefois guidé dans son choix de traitement par les données scientifiques pertinentes et son expertise dans une approche centrée sur la personne et en concertation avec le patient.

Une femme enceinte chez qui l'on a diagnostiqué une vraie hyperémèse sera orientée vers un service hospitalier de soins périnataux (fonction P). Ces fonctions hospitalières P disposent de l'expertise nécessaire pour fournir des soins de qualité aux femmes enceintes présentant ce type de problème. Conformément à la loi sur la qualité, les praticiens tiendront un dossier dans lequel ils rendront compte de leurs compétences et de leur expertise, ce qui leur permettra de se former tout au long de leur vie. Il s'agit notamment de suivre les dernières connaissances sur les méthodes de traitement de l'hyperémèse.

Les hôpitaux sont soutenus par le SPF Santé publique dans la formation continue du personnel infirmier, entre autres, par le biais d'une allocation financière dans le budget des moyens financiers. Le personnel des fonctions P, qui est en contact avec ces problèmes d'hyperémèse, sera donc également formé en fonction des lignes directrices les plus actuelles.

L'ondansétron est remboursé en milieu hospitalier pour des patients hospitalisés ou en ambulatoire en catégorie B, c'est-à-dire avec un

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: De federale regering heeft geen richtlijnen uitgevaardigd, maar er bestaan wel internationale richtlijnen en er werd onlangs een systematische review gepubliceerd om de kwaliteit daarvan te beoordelen. Daarin heeft men zich over behandelingsmethoden, waaronder ondansetron, gebogen.

Overeenkomstig de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg hebben artsen therapeutische vrijheid, maar ze laten zich leiden door wetenschappelijke gegevens en hun expertise, in een persoonsgerichte benadering en in overleg met de patiënt. Een zwangere vrouw bij wie de diagnose van hyperemesis gesteld wordt, zal doorverwezen worden naar een dienst voor perinatale zorg, de zogenaamde P-functie, die over de nodige expertise beschikt. Practitioners zullen levenslang leren en in dat verband een dossier bijhouden, waarin ze rekenschap geven van hun vaardigheden en expertise. Ziekenhuizen worden door de FOD Volksgezondheid ondersteund voor de permanente vorming van hun personeel. Personeel van de P-functies zal dus op basis van de huidige richtlijnen gevormd worden.

Ondansetron wordt terugbetaald in

ticket modérateur, sur prescription, mais sans avoir besoin d'une demande d'autorisation. Une simple prescription suffira donc.

L'ondansétron est essentiellement prescrit dans le cadre des effets secondaires des traitements émetteurs et au moment de la chimiothérapie. L'indication d'hyperémèse gravidique n'étant pas reprise dans le libellé de l'ondansétron et celui-ci étant contre-indiqué pendant la grossesse, le bureau de la Commission de remboursement des médicaments a conclu qu'il n'appartient pas à cette commission d'accorder le remboursement en officine publique ou en catégorie A, donc sans ticket modérateur. Pour estimer la fréquence d'un tel usage, il faudrait mener des investigations sur le terrain.

Si nécessaire, je tiens à votre disposition la référence scientifique sur la base de laquelle ma réponse a été rédigée.

ziekenhuizen of op voorschrift bij ambulante verzorging in categorie B, maar zonder dat er daarvoor een toelatingsaanvraag nodig is.

Aangezien de indicatie hyperemesis gravidarum niet opgenomen was in de omschrijving, en odansetron afgeraden wordt tijdens de zwangerschap, besloot de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) dat het niet aangegeven was om het geneesmiddel terug te betalen in apotheken die opengesteld zijn voor het publiek, of zonder remgeld. Verder onderzoek is vereist om de frequentie van een dergelijk gebruik in te schatten.

19.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse complète.

Nous avons tous rencontré des femmes dont la grossesse est fort perturbée par ce type de problème. Ce sont, pour une grande part, des femmes qui ont déjà des enfants, un travail, une vie active et se retrouvent très démunies quand on leur dit qu'elles doivent être hospitalisées si elles souffrent de ce type de déshydratation ou de difficultés aiguës.

Nous avons récemment eu l'occasion de rencontrer une délégation à la Chambre et comprenons leurs demandes, leur appel un peu désespéré pour un accompagnement médical même si elles sont à la maison. Elles doivent pouvoir continuer à mener leur vie professionnelle sans avoir de congé de maladie de longue durée pendant leur grossesse, et s'occuper de leurs enfants. Il y a un réel besoin chez les femmes enceintes qui souffrent de cette pathologie d'être mieux accompagnées.

Il est certain qu'on ne peut pas improviser et donner des médicaments qui ne sont pas adéquats. Mais à partir du moment où l'on donne ce type de médicaments à des femmes hospitalisées, l'appel des femmes enceintes qui souffrent de ce genre de pathologie doit être entendu. On ne peut donc que vous encourager à continuer à les écouter et à voir comment mieux les accompagner. Selon moi, il faut continuer à travailler avec elles pour voir quels sont réellement les blocages et pour voir comment les aider.

Quoi qu'il en soit, je vous remercie une nouvelle fois pour votre réponse.

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

20 Question de Séverine de Laveleye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La directive européenne relative aux nouveaux OGM" (55037519C)

20 Vraag van Séverine de Laveleye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Europese richtlijn betreffende nieuwe ggo's" (55037519C)

20.01 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, la proposition de Directive relative aux nouveaux OGM est sur le point*

20.01 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): *Het Europese*

d'être publiée par la Commission. Son contenu probable génère de vives réactions. Bien qu'une position définitive ne soit possible qu'à l'analyse du texte publié, nous aimerions connaître votre position sur divers points.

1) Analyse de risques pour la santé et l'environnement: La Commission se réfère à l'avis de l'EFSA du 30/10/22 qui dit que l'utilisation des nouvelles technologies génétiques (par ex CRISPR/Cas) correspondrait plus ou moins aux processus se produisant dans la nature et lors de la sélection conventionnelle. Dès lors l'analyse de risques est fortement simplifiée quant à la recherche d'effets non-intentionnels ou erreurs génétiques. Toutefois de nombreuses publications récentes ne corroborent pas ces conclusions et appellent à une analyse des risques approfondie.

2) Détection analytique et traçabilité: la perte du droit de savoir et de choisir des agriculteurs et des consommateurs et la perte de possibilité de monitoring après utilisation est inacceptable.

3) Réduction de l'utilisation des pesticides: La Commission se base sur les promesses de l'industrie dont la réalisation lui permettrait d'arriver aux objectifs de réduction de l'utilisation/risque des pesticides. Cette réduction n'est toutefois pas étayée par les faits et le bilan des cultures transgéniques montre plutôt une augmentation, à terme, des pesticides utilisés.

Mes questions sont les suivantes:

- Demanderez-vous une analyse de risques approfondie, au moins aussi détaillée que prescrite dans la législation actuelle?*
- Etes-vous d'avis que des critères prévus mais encore à définir de « durabilité » des nouveaux OGM ne sont à ce stade pas étayés?*
- Allez-vous exiger que la législation intègre une détection analytique obligatoire et à tout le moins une traçabilité complète et obligatoire?*
- Seriez-vous disposé à plaider en faveur d'une interdiction de commercialisation de nouveaux OGM tolérant des herbicides et/ou contenant des toxines insecticides?*

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame de Laveleye, comme vous le savez sans doute, la Commission européenne a annoncé qu'elle préparait une proposition sur les plantes obtenues par les nouvelles techniques génomiques. La publication de cette proposition est attendue pour le début de ce mois-ci. Comme la Commission européenne n'a pas encore publié de proposition officielle, il est prématuré de prendre des positions fermes sur le sujet à ce stade.

Par le passé, j'ai déjà indiqué qu'il me paraissait important et prioritaire que la sécurité pour les humains, les animaux, les plantes et l'environnement soit toujours garantie. Tous les produits entrant dans la chaîne alimentaire, quelle que soit la technique utilisée, doivent donc répondre aux exigences élevées de l'Union européenne en matière de sécurité alimentaire.

En préparation de cette proposition législative de la Commission et la discussion intrabelge qui en découlera et à la demande des différents ministres compétents, les administrations compétentes au niveau du

voorstel van richtlijn betreffende nieuwe ggo's staat op het punt gepubliceerd te worden.

De gezondheids- en milieurisico-analyse wordt vereenvoudigd voor wat betreft het onderzoek naar onbedoelde effecten of genetische fouten. Zult u een grondigere risicoanalyse vragen?

Bent u van mening dat bepaalde duurzaamheidscriteria voor de nieuwe ggo's niet onderbouwd zijn?

De landbouwers en de consumenten zullen niet langer het recht hebben om te kiezen en de mogelijkheid van monitoring na gebruik verdwijnt, wat onaanvaardbaar is. Zult u eisen dat er een verplichte opsporing of traceerbaarheid in de wetgeving opgenomen wordt?

De door de industrie beloofde vermindering van het pesticidegebruik wordt niet onderbouwd door de feiten en uit de resultaten blijkt eerder dat het pesticidegebruik op termijn eerder zal toenemen. Zou u bereid zijn te pleiten voor een verbod op het in de handel brengen van nieuwe ggo's die resistent zijn tegen herbicides en/of insecticides?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: De Europese Commissie bereidt een voorstel voor met betrekking tot de planten die met nieuwe genomische technieken verkregen worden. Aangezien de publicatie begin juli verwacht wordt, is het te vroeg om een standpunt in te nemen. Ik heb al aangegeven dat de veiligheid van mensen, dieren, planten en het milieu te allen tijde gewaarborgd moet worden. Alle producten die in de voedselketen terechtkomen, moeten beantwoorden aan de hoge eisen die de EU stelt.

In voorbereiding op dat voorstel en

SPF Santé publique, c'est-à-dire la Direction générale Animaux, Végétaux et Alimentation et la Direction générale Environnement, ont organisé conjointement, le mercredi 21 juin 2023, un événement intitulé "Nouvelles techniques génomiques - état des lieux". Cet événement avait pour but d'informer et d'interroger les administrations, les cabinets, les parties prenantes et les *stakeholders* sur leurs besoins et leurs préoccupations.

Mon administration a indiqué qu'un très large éventail de parties prenantes a participé à cet événement. L'événement s'inscrit pleinement dans la philosophie "Un monde, une santé" que je considère comme très importante, étant donné que cette compétence transversale est partagée avec mes collègues en charge de l'Environnement et de l'Agriculture. En dépassant le cadre de nos propres compétences, je crois que nous pouvons vraiment aborder la question de manière plus globale.

Les informations fournies par les parties prenantes m'aideront, ainsi que mes collègues compétents, les cabinets et les administrations, à formuler une position commune belge. Puisque cette compétence est partagée, le dossier sera suivi plus avant avec mes collègues. Vous savez sans doute que ce sont les ministres Khattabi et Clarinval.

20.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je pense que le projet de directive doit sortir demain. Il est donc compliqué de se positionner sans l'avoir lu. Le mercredi 21 juin, il y a eu cette rencontre. Malheureusement, le mercredi, nous sommes tenus d'être présents en commission et nous n'avons pas pu y assister. Mais je pense qu'il est très précieux que les trois ministres compétents étaient présents ou représentés. Je pense que vous y avez contribué à travers un positionnement filmé.

J'apprécie aussi d'entendre la plus-value que vous apportez dans le débat sur la sécurité des plantes et des consommateurs. Ce sujet est peu débattu dans l'espace médiatique et dans l'espace public alors qu'il est éminemment important. En tant qu'écologistes, notre ligne est de vérifier que nous avons eu une analyse des risques complète. Pour l'instant, l'avis de l'EFSA ne s'est pas basé sur une revue tout à fait complète avec une analyse des risques tout à fait exigeante. Nous avons vraiment besoin que les ministres compétents la demandent.

Il faut toujours garantir que les consommateurs auront le droit de savoir ce qu'ils consomment. Si on devait avancer sur la question des OGM, on doit savoir ce qu'on consomme et ce n'est pas garanti à ce stade dans la future directive. En outre, il faut un respect absolu du principe de précaution. Les craintes sont réelles. Beaucoup d'avis scientifiques sortent de plus en plus régulièrement sur le fait qu'il y aura des impacts sur la biodiversité.

Nous vous demandons encore une fois – et je sais que vous y serez attentif – de respecter ces différentes balises.

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

21 Vraag van Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kostprijs en de verspilling van coronavaccins" (55037534C)

21 Question de Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique)

de bespreking ervan tussen de Belgische beleidsniveaus heeft de FOD Volksgezondheid op 21 juni een evenement georganiseerd om de stakeholders te informeren en te vernemen wat hun behoeften en bezorgdheden zijn. Stakeholders uit verschillende hoeken hebben eraan deelgenomen. Het evenement past in de visie *One World, One Health*, een beleidsoverschrijdende bevoegdheid die ik deel met mijn collega's van Leefmilieu en Landbouw. De informatie die de stakeholders verstrekt hebben, zullen me helpen om een gezamenlijk Belgisch standpunt te formuleren. Ik zal dit dossier samen met collega-ministers Khattabi en Clarinval opvolgen.

20.03 Séverine de Laveleye (Ecolo-Groen): Wij hebben het event van 21 juni niet kunnen bijwonen, maar het is een zeer goede zaak dat de drie ministers daar vertegenwoordigd waren. De veiligheid van de planten en van de consumenten krijgt weinig aandacht in de media, terwijl het een belangrijke kwestie betreft. Het advies van EFSA berust kennelijk niet op een volledige review en evenmin op een stringente risicoanalyse. De bevoegde ministers moeten daarom vragen. De consumenten moeten het recht hebben om te weten wat ze consumeren, wat in dit stadium niet gegarandeerd is. Het voorzorgsbeginsel moet absoluut in acht worden genomen. In vele wetenschappelijke adviezen wordt er gewag gemaakt van effecten op de biodiversiteit. Die garanties moeten in acht worden genomen.

sur "Le coût des vaccins contre le corona et le gaspillage en la matière" (55037534C)

21.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de verhuus van miljoenen vaccins van Medista in Zaventem naar het nieuwe depot van Movianto in Aalst kostte tot ieders verbazing al 4 miljoen euro. Het uit de koelkasten halen en op vrachtwagens laden van de vaccins kostte 3,1 miljoen euro, het transport zelf 250.000 euro en de ontvangst in de nieuwe opslagplaats ook nog eens 120.000 euro.

Hoewel men eigenlijk al wist dat veel van de vaccins overbodig waren of zelfs over datum, werden zij toch nog onder gecontroleerde en dus dure omstandigheden verhuisd.

Er zullen nu dus 2.631.000 dosissen van het Moderna-vaccin en 3.305.000 dosissen van het Pfizer-vaccin worden vernietigd, terwijl men dat al voor de dure verhuizing had kunnen doen. Bovendien zijn er ook nog de vaccins van Novavax waarover het toch wel heel stil blijft. Hiervan werden 500.000 dosissen besteld en werden 2.532 dosissen aan 1.092 mensen toegediend volgens het FAGG.

Terwijl vaccins ter waarde van miljoenen euro's worden vernietigd, komen er ook nog miljoenen nieuwe vaccins binnen. Voor Moderna en Sanofi verwachten we nog zo'n miljoen vaccins in 2023 en voor Pfizer moeten er nog 7 miljoen vaccins worden geleverd voor de periode 2023-2026.

Waarom werden de vaccins die men nu vernietigt, niet eerder vernietigd bij Medista, wat toch een besparing zou zijn geweest?

Ondertussen weten we al op wie de herfstcampagne gericht zal zijn. Hoeveel vaccins vermoedt u toe te dienen en hoe verhoudt zich dat tot het aantal vaccins dat nog zal worden geleverd?

Bent u contractueel gebonden aan veel hogere volumes vaccins dan men in werkelijkheid nodig heeft? Wat is de kostprijs daarvan en kunt u die contracten verbreken?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, op het moment van de verhuizing was er nog geen zekerheid over wat er zou gebeuren met de doses in voorraad voor België, evenmin voor eventuele donaties. Daardoor moesten ze worden verhuisd tot er daaromtrent zekerheid was. Een definitieve beslissing kon worden genomen in overleg met de deelstaten.

Ten tweede zijn de details van de vaccinatiecampagne van 2023 zijn nog niet bekend. Zij worden nu door de deelstaten gefinaliseerd, onder meer op basis van een recent advies van de Hoge Gezondheidsraad waarin de prioritaire risicogroepen werden omschreven waarvoor een boostervaccinatie aanbevolen is.

De vaccinatiecompliance is uiteraard op voorhand niet exact te voorspellen. Er wordt verwacht dat de in het najaar verwachte leveringen zullen volstaan voor de boostervaccinatie van de risicogroepen. Daar is een belangrijke gedachteswisseling over geweest op de IMC van 28 juni 2013 en de deelgebieden zullen daarover zeker nog verder communiceren.

Ten derde bevat de Europese overeenkomst een aantal contractuele verplichtingen die alleen kunnen worden aangepast via amendemen-

21.01 Dominiek Sneppe (VB): Le déplacement de millions de vaccins de Medista à Zaventem vers le dépôt de Movianto à Alost a coûté des millions d'euros. En outre, les excédents de vaccins et les vaccins expirés ont également été déplacés. L'on procédera à la destruction de 2 631 000 vaccins de Moderna et de 3 305 000 vaccins de Pfizer. Pourquoi cette destruction n'a-t-elle pas pu avoir lieu chez Medista?

Entre-temps, de nouveaux vaccins arrivent, pas moins de 1 million en 2023 et encore 7 millions jusqu'en 2026. Combien de vaccins sont nécessaires pour mener la campagne de vaccination qui sera organisée à l'automne? Sommes-nous soumis à l'obligation contractuelle de continuer à acheter des volumes élevés, même si nous n'en avons pas besoin? Quel est le coût de la résiliation des contrats?

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Au moment du déplacement, l'on n'était pas encore sûr de ce qu'il adviendrait des doses en stock. Elles ont dû être également déplacées. Une décision définitive a pu être prise en concertation avec les entités fédérées.

Les détails de la campagne de vaccination de 2023 sont en cours d'élaboration par les entités fédérées sur la base de l'avis récent du Conseil Supérieur de la Santé sur les groupes à risque prioritaires. Il n'est pas possible de prévoir exactement la compliance vaccinale. Nous nous attendons à ce que les livraisons prévues à l'automne soient suffisantes pour la campagne de rappel des groupes à risque. La CIM du 28 juin 2023 s'est réunie à ce sujet.

ten met wederzijdse instemming, waarmee ik bedoel tussen de producent en de Europese Commissie. Dat gebeurde recent nog met het vijfde amendement in de overeenkomst met Pfizer/BioNTech, waarbij het aan de Europese lidstaten te leveren volume substantieel vermindert werd.

In de overeenkomst zit een aantal garanties, zoals variantaanpassingen en leveringen binnen gestelde termijnen, maar tegelijkertijd ook een vaststaand te leveren volume. Contractueel zijn we daaraan gebonden.

Of het aantal vaccins dat geleverd zal worden hoger is dan het aantal benodigde vaccins, zal moeten blijken. Zoals gezegd, zal dat afhangen van de vaccinatiecompliance en mogelijk nog meer van de verdere epidemiologische evolutie van SARS-CoV-2 in de komende maanden en jaren. Ik denk dat niemand op dit moment kan uitsluiten dat er terug andere, meer agressieve varianten opduiken. Laten we hopen van niet, maar mocht dat gebeuren, dan zullen natuurlijk opnieuw meer doelgroepen een boostervaccin nodig hebben.

21.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, de deelgebieden zullen de herfstcampagne bekendmaken en dat lijkt me logisch, aangezien vaccinatie een bevoegdheid van de deelgebieden is. Ik dacht echter dat in de pers al gepubliceerd werd voor welke groepen het vaccin geadviseerd wordt. Daarnaast blijft de vraag openstaan of het personeel van de zorgsector gevaccineerd moet worden. Ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat voor de vaccinatiestrategie telkens weer van een wit blad vertrokken wordt, terwijl er toch al heel wat immuniteit in de samenleving is, hetzij door vaccinatie, hetzij door natuurlijke immuniteit na besmetting. De saga van de vaccins blijft naar mijn gevoel duren. Er wordt heel veel belastinggeld aan verspilld en het einde is blijkbaar nog niet in zicht.

Ik heb ook mijn bedenkingen bij de evidencebased praktijken rond die vaccins. Steeds meer *peer reviewed* wetenschappelijk werk stelt daarover vragen. Het gaat dan zowel over de vraag of de vaccins evidencebased zijn als over vragen over nevenschade. U wil daar niet op ingaan, maar ook in de omliggende landen worden steeds meer vragen gesteld over nevenschade en de link met die vaccins. Ik stel maar vast dat evidencebased in alle dossiers geldt, maar blijkbaar niet in het dossier van de covidvaccinatie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55037556C van de heer De Caluwé is uitgesteld.

22 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La drépanocytose" (55037573C)

22 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sikkelcelziekte" (55037573C)

22.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, depuis 2009, le 19 juin est la Journée mondiale de la lutte contre la drépanocytose. Il s'agit de la maladie génétique la plus fréquente au monde, qui affecte surtout les populations originaires d'Afrique subsaharienne, des Antilles, d'Amérique du Nord, du bassin méditerranéen, du Moyen-Orient et d'Inde. Au fil des migrations, elle est devenue la maladie gé-

Pour adapter l'accord européen, le seul moyen consiste à y apporter des amendements de commun accord entre les producteurs et la Commission européenne. Le cinquième amendement de l'accord avec Pfizer/BioNTech a considérablement réduit le volume à fournir aux États membres.

Quant à savoir si une plus grande quantité de vaccins sera nécessaire, cela dépendra du taux d'adhésion à la vaccination ainsi que de l'évolution épidémiologique de SARS-CoV-2 dans les mois et années à venir. L'émergence de variants plus agressifs n'est pas exclue.

21.03 Dominiek Snelpe (VB): J'ai l'impression que l'on repart de zéro à chaque nouvelle campagne de vaccination, alors qu'entre-temps, la société a tout de même développé une solide immunité. Les vaccins entraînent un gaspillage considérable d'argent public, et on n'en voit pas la fin. En outre, de plus en plus de travaux scientifiques évalués par des pairs soulèvent des questions concernant les pratiques fondées sur les preuves, et ce, tant au sujet des vaccins que des effets secondaires.

22.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): 19 juni is sinds 2009 Wereld Sikkelcel Dag. Sikkelcelziekte is een genetische aandoening, die vooral bij de bevolkingsgroepen in Sub-Saharaans Afrika, de Antillen,

nétiqne la plus fréquemment rencontrée en Région bruxelloise, touchant 1 nouveau-né pour 1 900 naissances. Il s'agit donc à présent d'une maladie cosmopolite, et plus d'une maladie affectant une certaine population. Elle est pourtant encore assez méconnue du grand public et même, parfois, du monde médical alors qu'elle peut toucher tout le monde.

Les patients qui en sont atteints souffrent d'une anémie chronique et de crises extrêmement douloureuses, surtout au niveau des os. Leur sensibilité aux infections peut les conduire à l'hospitalisation. Bien que l'espérance de vie des patients ait considérablement augmenté depuis les années 1970, ce sont en majorité les enfants et les jeunes adultes qui en souffrent.

À la douleur physique s'ajoute la détresse psychique. La douleur chronique est démoralisante et accablante; elle engendre peur, anxiété et solitude. Les douleurs physiques intenses et l'anxiété sont généralement mêlées. Bien que la première cause de mortalité soit due aux infections, la douleur extrême ravive les expériences passées d'hospitalisation et, parfois, également les décès de membres de la famille ou de proches atteints également de drépanocytose.

Monsieur le ministre, existe-t-il des études scientifiques publiques concernant cette maladie? Quelles sont les règles de dépistage sanguin et de remboursement des tests? Combien existe-t-il de centres de prise en charge de la drépanocytose et bénéficient-ils de financements *ad hoc*? Enfin, les patients peuvent-ils prétendre à des aménagements raisonnables dans leur emploi?

Noord-Amerika, het Midden-Oosten en India voorkomt. In het Brussels Gewest lijdt één op de 1.900 pasgeborenen aan die ziekte. Hoewel die aandoening nog weinig bekend is bij het grote publiek, kan ze iedereen treffen.

Symptomen zijn onder andere chronische bloedarmoede en zeer pijnlijke 'sikkelcelcrisissen' in de botten. Hoewel de levensverwachting van de patiënten sinds de jaren 1970 fors toegenomen is, zijn het vooral kinderen en jongvolwassenen die eronder lijden.

Naast de lichamelijke klachten is er de psychologische stress, aangezien de patiënten het chronisch zwaar te verduren hebben. Die stress kan erger worden, als men in het ziekenhuis opgenomen wordt of in geval van overlijden van een familielid of naaste die ook aan de aandoening lijdt.

Bestaan er openbare wetenschappelijke studies over die ziekte? Wat zijn de regels met betrekking tot bloedonderzoeken en de vergoeding van tests? Hoeveel behandelcentra zijn er en ontvangen die ad-hocfinanciering? Ten slotte, kunnen patiënten aanspraak maken op redelijke aanpassingen op hun werk?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, commençons par votre première question relative aux études scientifiques publiques sur la drépanocytose. En Belgique, trois essais cliniques sont en cours, dont l'un est déjà terminé. Une étude est menée à l'Antwerp University Hospital (UZA), une autre à l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, et une autre au Centre hospitalier régional de la Citadelle. Je peux vous communiquer tous les détails à ce sujet, car il s'agit d'un texte assez technique. De plus amples détails sur ces essais cliniques ainsi que sur les recherches scientifiques en cours peuvent également être obtenus par le biais d'Orphanet, le portail consacré aux maladies rares. Notez toutefois que toutes les études répertoriées ne sont pas spécifiques à la drépanocytose.

J'en viens à votre deuxième question, qui porte sur les règles de dépistage sanguin et de remboursement de ces tests. Sur la base des recherches que nous avons faites au sein de la Fédération Wallonie-Bruxelles, tous les nouveau-nés dans tous les hôpitaux de Wallonie – en ce compris la région germanophone et Bruxelles au niveau du réseau francophone – bénéficient d'un dépistage systématique de la drépanocytose depuis le 1^{er} janvier 2023 dans le cadre des analyses réalisées par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) sur le sang prélevé au talon et séché sur buvard.

22.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wat de wetenschappelijke studies betreft, zijn er drie klinische proeven gaande, waarvan er een afgerond werd. Een studie wordt uitgevoerd in het Antwerp University Hospital (UZA), een andere studie in het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola en een derde in het Centre Hospitalier Régional de la Citadelle. Nadere bijzonderheden over die proeven, die niet specifiek voor de ziekte zijn, zijn te vinden via Orphanet, de portaalsite voor zeldzame ziekten.

Wat de opsporing en de terugbetaling van de tests betreft, worden alle pasgeborenen in de Franse Gemeenschap sinds 1 januari 2023 systematisch gescreend in het kader van de onderzoeken die

En Flandre, ce dépistage systématique n'est pas organisé. Lorsque la présence d'une hémoglobinopathie est suspectée, une électrophorèse est pratiquée.

Pour connaître les règles de façon plus détaillée, je vous renvoie vers les entités fédérées. Les analyses tant biologiques que génétiques font partie de la nomenclature des prestations de santé. Je m'en réfère donc aux articles 24 et 33 de la nomenclature.

Votre question était: combien existe-t-il de centres de prise en charge de drépanocytose et bénéficient-ils de financements *ad hoc*? Le site orpha.net permet de trouver trois hôpitaux belges qui participent à la recherche scientifique ou aux essais cliniques sur la drépanocytose: l'Antwerp University Hospital (UZA), l'hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) à Bruxelles et le Centre hospitalier régional de la Citadelle à Liège. De plus, l'hôpital Erasme et le CHU de Liège font aussi partie des centres de référence pour la prise en charge des pathologies des globules rouges, repris dans l'EuroBloodNet, qui est une sous-partie de l'European Reference Network (ERN), qui vise une collaboration entre centres de référence au niveau européen pour les pathologies rares.

Quatrième question: les patients peuvent-ils prétendre à des aménagements raisonnables? À vrai dire, je ne suis pas sûr. Peut-être devriez-vous préciser ce que vous voulez dire par aménagements raisonnables. Quand on utilise ce terme, je songe au logement ou au marché du travail ou aux transports. C'est un peu en dehors de mes compétences. Il faut peut-être expliquer ce que vous entendez par "aménagements raisonnables". Voilà mes réponses. Si c'est nécessaire, je peux vous donner ma réponse écrite qui donne un peu plus de références spécifiques sur ces trois études cliniques.

22.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis intéressée par les analyses.

Lorsque je parlais d'aménagements raisonnables, cela concernait l'emploi et je devrais plutôt reposer la question au ministre Dermagne.

Lors de cette Journée mondiale, la Croix-Rouge a encore rappelé la nécessaire utilité de donner son sang car ces patients ont des groupes sanguins avec des caractéristiques assez rares et assez peu de donneurs sont compatibles. Cela renforce encore le besoin de donner son sang.

S'agissant de la caractéristique des maladies rares, on voit qu'en France, le nombre de cas a augmenté de 50 % en dix ans. Cette maladie rare est un peu en passe de devenir un problème de santé publique, on est vraiment à la limite.

Lorsqu'on parle aux parents, dont certains étaient des porteurs sains, certains disent qu'ils auraient préféré être dépistés avant. Après, la responsabilité éminemment éthique repose sur les parents de décider ou pas de donner naissance à un enfant qui sera porteur. À terme, il faudra penser au dépistage des parents qui pourraient se poser la question.

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

het ONE uitvoert.

In Vlaanderen gebeurt zo een screening niet. Wanneer men vermoedt dat er sprake is van een hemoglobinopathie, wordt er een elektroforese uitgevoerd.

Voor meer gedetailleerde informatie over de regels verwijst ik naar de deelgebieden. De onderzoeken maken deel uit van de nomenclatuur van de gezondheidszorgverstrekingen.

Op de website Orphanet kan men de ziekenhuizen vinden die deelnemen aan het onderzoek naar sikkelcelziekte of klinische studies daaromtrent uitvoeren. Andere ziekenhuizen behoren tot de referentiecentra voor de behandeling van aandoeningen van de rode bloedcellen. Die staan opgelijst op de website EuroBloodNet.

Ik ben er niet zeker van dat de patiënten aanspraak kunnen maken op redelijke aanpassingen. Wat bedoelt u daarmee? Gaat het over huisvesting, over de arbeidsmarkt, over transport? Daarvoor ben ik niet bevoegd.

22.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Mijn vraag over redelijke aanpassingen ging over aanpassingen op het werk. Ik zal die vraag aan minister Dermagne stellen.

Het Rode Kruis heeft erop gewezen dat bloeddonaties in dezen nuttig zijn, aangezien die patiënten bloedgroepen met zeldzame eigenschappen hebben en er weinig donoren compatibel zijn.

Die zeldzame ziekte is een probleem voor de volksgezondheid aan het worden.

Sommige ouders zeggen dat ze liever eerder gescreend waren geweest. Op termijn moet men nadenken over de screening van ouders die zich die in dat verband vragen stellen.

23 Interpellatie van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe tender voor het beheer van de strategische stock" (55000431I)

23 Interpellation de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le nouvel appel d'offres pour la gestion du stock stratégique" (55000431I)

23.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op 18 november 2021 stelde de Inspectie van Financiën een nota op voor de aanbesteding van het beheer van de strategische stock aan medicijnen. De aanbesteding is verdeeld in twee loten: lot 1 gaat over narcotica en psychotrope producten, vaccins en medische hulpmiddelen, met uitzondering van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek. Lot 2 gaat over medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnose. De strategische stock wordt aangelegd in het kader van de COVID-19-pandemie voor de jaren 2022-2025. Wat mij opvalt, is dat er nergens in de nota een mogelijke budgetoverschrijding wordt vermeld.

Ik wil dan ook ingaan op de volgende aandachtspunten.

De marktprijs voor beide loten wordt geschat op 56 miljoen euro. De inspecteur vermeldde dat bovenvermelde openbare aanbesteding voorgelegd moet worden aan de ministerraad. Gebeurde dat? Op welke datum gebeurde dat? Kunt u mij het verslag van de ministerraad en de bespreking bezorgen?

Voorts nam ik de nota's van de Inspectie van Financiën door betreffende de verlengingen van de contracten met Medista. Daar vind ik nergens een melding van enige budgetoverschrijding voor het vaccin-beheer. Er zijn geen indicaties van de financiële bezorgdheid terug te vinden. Kunt u mij duiden welke dienst en op welke manier u van een mogelijke budgetoverschrijding op de hoogte werd gebracht, zoals u herhaaldelijk aangaf in deze commissie? Gebeurde dat per e-mail of per brief?

Eerder gaf u in de commissie ook aan dat u werd geïnformeerd over een overschrijding van het budget en dat u daaropvolgend de beslissing nam om een nieuwe aanbesteding uit te schrijven. Ik lees in de rubriek 'Justification du marché' dat het advies stelt dat de resterende stocks aan vaccins zouden kunnen blijven waar ze waren. Deze tender richt zich evenwel tot nieuwe én extra diensten, zoals nieuwe vaccins. Hoe interpreteert u die passage? Kunt u mij exact duiden waarom de verhuis van de vaccins toch gekoppeld werd aan die opdracht?

Ik verwijs naar de verhoging van de budgetten voor de voorbereiding en de levering van kits voor het federale testplatform waarvoor de Inspectie van Financiën een positief advies gaf. Hoe komt het dat voor de contracten rond het beheer van de strategische stock niet op die manier werd gewerkt? Waarom werd er precies van die procedure afgeweken? Wie nam die beslissing en wanneer?

In de gemotiveerde beslissing tot niet-plaatsing van een opdracht voor aanneming van diensten voor de opslag en de levering van geneesmiddelen en gezondheidsproducten gekoppeld aan de strategische voorraad voor de jaren 2021-2025, lees ik in de verantwoording dat de aanbesteding opnieuw moet worden geformuleerd, omdat een aantal elementen en criteria in het bestek niet langer pertinent is.

Ten eerste, de registratie als distributeur en importeur van rocuronium bromide en atracuriumbesilaat maakt deel uit van de selectiecriteria. De levering en opslag van die werkzame stoffen zou verwaarloosbaar

23.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Le 18 novembre 2021, l'Inspection des finances a rédigé une note pour l'adjudication de la gestion du stock stratégique de médicaments. L'adjudication a été divisée en deux lots: le lot 1 concerne les narcotiques et les produits psychotropes, les vaccins et les dispositifs médicaux (à l'exception des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro). Le lot 2 concerne les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. Le stock stratégique est constitué dans le cadre de la pandémie du Covid-19 pour les années 2022-2025. La note ne mentionne nulle part un éventuel dépassement de budget.

Le prix du marché pour les deux lots est estimé à 56 millions d'euros. L'inspecteur a mentionné que cette adjudication devait être soumise au Conseil des ministres. L'a-t-elle été et, dans l'affirmative, quand? Puis-je obtenir le rapport?

Dans les notes de l'Inspection des finances sur les prolongations des contrats avec Medista, je ne trouve aucune mention d'un dépassement de budget pour la gestion des vaccins. Quel service a-t-il signalé un dépassement de budget? Par qui le ministre a-t-il été informé?

Le ministre a lancé une nouvelle adjudication précisément en raison de ce dépassement de budget. Selon l'avis, les vaccins restants pouvaient rester là où ils étaient et l'appel d'offres porterait sur de nouveaux vaccins. Pourquoi les vaccins restants ont-ils quand même été transférés?

Pourquoi a-t-on dérogé à la procédure habituelle et pourquoi l'Inspection des finances n'a-t-elle pas rendu d'avis? Qui a pris cette décision? Dans la décision motivée de ne pas avoir recours au nouveau

zijn. In de nieuwe aanbesteding staat echter duidelijk vermeld dat ook narcotica en psychotrope stoffen deel uitmaken van lot 1. Hoe verklaart u dat?

Ten tweede, de opslag van geneesmiddelen bij een temperatuur van -80° Celsius zou niet langer vereist zijn. In de nieuwe aanbesteding wordt echter wel de opslag van vaccins – geneesmiddelen dus – aan -80° Celsius opgenomen. Hoe kunt u dat verklaren?

Ten derde, de leveringen voor het buitenland en schenkingen aan het buitenland moeten niet meer worden meegenomen. Op hetzelfde tijdstip bent u echter op zoek naar een consultant voor het RescEU-project via Movianto. Hoe verklaart u die overlapping?

Ten vierde, in de nota ter niet-plaatsing van de aanbesteding wordt verwezen naar het feit dat de overheid de vernietiging van geneesmiddelen en gezondheidsproducten wenst toe te voegen. Naar mijn inschatting werd die bepaling niet opgenomen in de nieuwe tender. Er werd pas veel later een nieuwe tender voor vernietiging uitgeschreven, losstaand van de tender die na de niet-plaatsing werd uitgeschreven. Kunt u verklaren waarom dat niet gebeurde?

Ik ben erg bezorgd over de anomalieën en onjuistheden die we terugvinden in de verklaringen die u gaf in de commissie aangaande dit dossier omtrent de niet-aanbesteding en de ruimere context van verklaringen rond de door uw diensten eenzijdig genomen beslissing rond de switch van vaccindistributeur. Dat heb ik al gezegd.

U haalde aan dat de aanbesteding alleen over medicatie ging. Nu blijkt uit de stukken dat dat niet zo is. Kunt u in dit dossier vandaag formeel en ondubbelzinnig uitsluiten dat er sprake is van enige vorm van belangenvermenging?

In het verlengde van deze interpellatie zal ik ook een motie indienen, maar ik wacht uiteraard eerst uw antwoord af.

Mijnheer de minister, ik verwijs ook naar het wetsvoorstel dat ik vanochtend heb toegelicht. Dat wetsvoorstel is gebaseerd op de vele amendementen die we hebben ingediend met betrekking tot een audit van de overheidsdiensten waarvoor u verantwoordelijk bent, zijnde het FAGG en de FOD Volksgezondheid.

Over dit dossier van de vaccindistributie zijn er te veel geruchten verspreid. Vandaar krijg ik graag wat duiding.

marché public, j'ai lu que l'adjudication a dû être reformulée parce que certains éléments du cahier des charges n'étaient plus pertinents.

L'enregistrement comme distributeur et importateur de bromure de rocuronium et de bésilate d'atracurium fait partie des critères de sélection alors que ce n'était pas vraiment nécessaire. Dans la nouvelle adjudication, il est indiqué que les stupéfiants et psychotropes font également partie du lot 1. Comment le ministre l'explique-t-il?

Le stockage des médicaments à -80° Celsius ne serait plus nécessaire, pourtant cet élément figure tout de même dans la nouvelle adjudication. Pour quelles raisons?

Les livraisons et les dons à l'étranger ne devaient plus être indiqués. Au même moment, le ministre était à la recherche d'un consultant pour le projet RescEU, par l'intermédiaire de Movianto. Comment le ministre explique-t-il ce synchronisme?

Dans la note justifiant le non-recours à l'adjudication, on fait référence au fait que les autorités souhaitent y ajouter la destruction de médicaments et de produits de santé. Il semble que cet élément ne figure pas dans la nouvelle offre et qu'une offre distincte ait été lancée par la suite concernant ce point. Pourquoi cet élément ne figurait-il pas dans la première offre?

Je suis très préoccupée par les anomalies dans les déclarations du ministre à propos de ce dossier de non-adjudication et par le contexte plus général des déclarations concernant la décision unilatérale de changer de distributeur de vaccins.

Selon le ministre, l'adjudication ne concernait que des médicaments, mais ce n'est pas exact. Le ministre peut-il formellement exclure qu'il est question de confusion d'intérêts dans ce dossier? Je fais référence à la proposition de loi qui se fonde sur les nombreux amendements que nous avons déposés

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in antwoord op uw eerste vraag is het zo dat de openbare aanbesteding werd voorgelegd aan de ministerraad op 10 december 2021. Mocht u daaraan twijfelen, kan ik u de agenda van de ministerraad, de nota van de ministerraad en de notificatie bezorgen.

Voor uw tweede vraag verwacht u de verschillende contracten en openbare aanbestedingen. De verlenging van de vermelde contracten had niet te maken met de openbare aanbesteding voor de vaccins die in mei 2021 aan Medista werd gegund. Het is voor die vaccinopdracht van mei 2021 dat een mogelijke budgetoverschrijding werd gemeld. Van de vaccinopdracht van mei 2021 was in september 2021 – dus na enkele maanden – al de helft van het gegunde budget opgebruikt. Het volledige budget werd uiteindelijk minder dan een jaar na de gunning overschreden.

Die mogelijke overschrijding op korte termijn werd intern mondeling gerapporteerd zonder schriftelijk verslag naar het management van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. In een verslag van de commissie voor Overheidsopdrachten van 19 november 2021- dat ik u kan bezorgen - werd evenwel gesteld dat, op basis van de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Unie, een raamovereenkomst haar werking verliest zodra het plafond voor de waarde ervan wordt overschreden.

Daarom hebben de betrokken diensten tijdens een intern overleg geconcludeerd dat de diensten gerelateerd aan de vaccins moesten worden opgenomen in de nieuwe openbare aanbesteding. Daardoor kon ook worden voorkomen dat er een nieuwe afzonderlijke opdracht voor vaccins moest worden gepubliceerd. Zo konden geneesmiddelen en vaccins worden gecentraliseerd bij een enkele onderaannemer van de Belgische Staat, wat een eenvoudiger en efficiënter beheer mogelijk maakt.

Ten slotte werd een mogelijke budgetoverschrijding duidelijk gemeld in het verslag van de interkabinettenwerkgroep (IKW) van 2 tot 6 december 2021. Dat heeft duidelijk meegespeeld in de beslissingen die we hebben genomen.

Dan kom ik aan uw derde vraag. De *justification du marché* vermeldt niet dat de vaccins zouden kunnen blijven waar ze waren. Er staat wel dat de aanbesteding tegemoet wil kunnen komen aan mogelijke additionele behoeften met betrekking tot de vaccins.

In de eerste tender voor vaccins, gegund aan Medista in mei 2021, gaat het om een opdracht tegen prijslijst, waarbij de vermoedelijke hoeveelheden in de prijsinventaris werden opgegeven binnen een vork met een minimum- en een maximumhoeveelheid. De eenheidsprijzen in de offerte van Medista leidden op basis van de bovenkant van de vork tot een totale kostprijs van 5.107.928 euro, inclusief btw, over de volledige looptijd van de opdracht.

De opdracht werd gegund in mei 2021 en in oktober 2021 was er al een bedrag van 3.540.463 euro vereffend. Geëxtrapoleerd over de

visant à réaliser un audit de l'AFMPS et du SPF Santé publique. De nombreuses rumeurs circulent au sujet du dossier de la distribution des vaccins.

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'adjudication publique a été soumise au Conseil des ministres le 10 décembre 2021. Si Mme Depoorter devait en douter, je peux lui remettre l'ordre du jour et la note du Conseil des ministres ainsi que la notification.

Mme Depoorter confond les différents contrats et adjudications publiques. La prolongation des contrats mentionnés n'était absolument pas liée à l'adjudication publique pour les vaccins qui a été attribuée à Medista en mai 2021. C'est pour ce marché des vaccins organisé en mai 2021 qu'il a été question d'un éventuel dépassement budgétaire. Le budget attribué pour le marché des vaccins organisé en mai 2021 avait déjà utilisé pour moitié en septembre 2021. L'intégralité du budget a finalement été dépassée moins d'un an après l'attribution. Le dépassement a été rapidement signalé oralement en interne, sans faire l'objet d'un rapport écrit à l'intention du SPF Santé publique.

Un rapport de la Commission des marchés publics daté du 19 novembre 2021 précise que, sur la base de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, un contrat-cadre perd son effet dès que le plafond de sa valeur est dépassé. Au cours d'une concertation interne, il a été conclu que la gestion des vaccins devait être intégrée dans la nouvelle adjudication publique. Ce faisant, les vaccins et les médicaments pourraient être centralisés auprès d'un seul sous-traitant de l'État belge, ce qui permet une gestion plus efficace.

Enfin, un possible dépassement budgétaire a été clairement signalé dans le rapport du groupe de travail intercabineets (GIC), qui s'est réuni du 2 au 6 décembre 2021. Cet élément a clairement joué un rôle

volledige looptijd van vier jaar zou het totale bedrag, op basis van de eenheidsprijzen van Medista, zeer waarschijnlijk worden overschreden.

Het maximumbedrag voor de opdracht met betrekking tot de vaccins werd uiteindelijk in april 2022 bereikt. Het aantal prestaties dat door Medista werd gefactureerd, bereikte dus zeer snel het maximale volume dat in het bestek was opgenomen voor de gehele duur van het contract. Begin september 2022 waren de uitgaven ondertussen opgelopen tot 7.227.085 euro, wat de eerdere inschatting van de FOD bevestigde.

Conform artikel 38/1 van het koninklijk besluit van 14 januari 2013 is een uitbreiding van de initiële opdracht mogelijk zonder nieuwe procedure, voor zover de verandering van opdrachtnemer niet mogelijk is om economische of technische redenen of als dat tot aanzienlijk ongemak of een aanzienlijke kostenstijging zou leiden. Aan die duidelijke voorwaarden was in dit geval niet voldaan, zodat noodzakelijkerwijze een nieuwe opdracht moest worden gelanceerd.

De lancering van die nieuwe opdracht volgde de gebruikelijke procedures. Ik wil hieraan toevoegen dat de gelijkheid van behandeling van potentieel gegadigde kandidaten centraal staat in de overheidsopdracht. Tot slot wil ik benadrukken dat het de plicht van de overheid is om opdrachten toe te kennen aan de onderneming met de economisch meest voordelige offerte. Dat was in deze kwestie Movianto, dat meer dan 4 miljoen euro goedkoper uitkwam. Wat perceel 2 van de nieuwe opdracht betreft, was Raes Pharmaceutical Logistics dan weer 10 miljoen euro goedkoper. Na de definitieve gunning in augustus 2022 was de verhuizing onvermijdelijk.

Op uw vierde vraag heb ik al geantwoord in mijn antwoorden op de tweede en derde vraag. Aan de voorwaarde van artikel 38, 1 van het koninklijk besluit van 14 januari 2013 was in dit geval niet voldaan, zodat een uitbreiding van de initiële opdracht niet mogelijk was.

Voor uw vijfde vraag – deel 1 verwacht u de wettelijke basis voor de verschillende farmaceutische producten. Rocuronium bromide en atracuriumbesilaat zijn noch narcotica, noch psychotrope stoffen. Die API's zijn curares.

Ik kom tot uw vijfde vraag, deel 2. De aanbesteding die niet werd gegund, betrof opslagdiensten voor geneesmiddelen waarvan geen enkel bij -80 °C moest worden bewaard. Die eis beperkte de concurrentie dus ten onrechte. Later bleek dat het budget voor de aanbesteding van vaccins die in 2021 aan Medista was gegund snel zou worden overschreden. Dat is dus ruimschoots het geval geweest, zoals net gezegd. Daarom werd de opslag van vaccins aan -80 °C opgenomen in de eerder beschreven bijkomende behoefte voor de vaccins in de nieuwe tender. Hierbij wil ik nogmaals zeggen dat die discussie over de -80 °C-eis voorwerp is geweest van een procedure bij de Raad van State die geen bezwaar had tegen die manier van werken.

Voor uw vijfde vraag – deel 3 verwacht u de verschillende contracten en opdrachten. Het RescEU-project voor Oekraïne staat volledig los van de diensten voor de vaccins, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen van de strategische stock.

Daarnaast is het cruciaal om het volgende te corrigeren. In de gemoti-

dans les décisions que nous avons prises.

La justification du marché ne mentionne pas que les vaccins peuvent rester là où ils sont. Elle précise que l'appel d'offres doit permettre de répondre à des besoins supplémentaires liés aux vaccins.

Dans le premier appel d'offres pour les vaccins, qui a débouché sur l'adjudication à Medista en mai 2021, il s'agissait d'un marché à bordereau de prix, dans lequel les quantités probables étaient spécifiées avec un minimum et un maximum. Les prix unitaires de l'offre de Medista pour la quantité maximale ont conduit à un coût total de 5 107 928 euros, TVA comprise, pour toute la durée du marché.

Le marché a été attribué en mai 2021 et, en octobre 2021, un montant de 3 540 463 euros avait déjà été liquidé. Extrapolé sur la durée totale de 4 ans, le montant total, basé sur les prix unitaires de Medista, allait très probablement être dépassé. Le montant maximum a été atteint en avril 2022. Début septembre 2022, les dépenses ont atteint 7 227 085 euros, montant estimé par le SPF.

Conformément à l'article 38/1 de l'arrêté royal du 14 janvier 2013, une prolongation du marché initial est possible sans nouvelle procédure, à condition que le changement d'adjudicataire ne soit pas possible pour des raisons économiques, pratiques ou techniques. Ces conditions n'étaient pas remplies et un nouveau marché a donc dû être lancé.

Le lancement du marché a suivi la procédure habituelle. Les candidats potentiels ont été traités sur un pied d'égalité. L'autorité publique doit attribuer le marché à l'entreprise ayant présenté l'offre la plus avantageuse, en l'occurrence Movianto. Son offre était moins chère de plus de 4 millions d'euros. En ce qui concerne le lot 2 du nou-

veerde beslissing tot niet-plaatsing van de opdracht staat het tegenovergestelde. De schenkingen van geneesmiddelen en gezondheidsproducten door de aanbestedende overheid aan het buitenland waren toegenomen en moesten een integrerend deel uitmaken van het beheer van de strategische voorraad geneesmiddelen en gezondheidsproducten in de context van de COVID-19-pandemie.

Dat wordt bevestigd door de motivering die volgt op dat punt in de schenkingen, die als volgt luidt: "Overwegende dat voor de uitvoer naar derde landen een bepaald soort materiaal nodig is dat geschikt is voor transport en dat de opdracht voor de aanneming van diensten die nieuwe diensten moet omvatten; dat dit een impact heeft op de gevraagde diensten".

Die diensten, gerelateerd aan de schenkingen, waren niet opgenomen in de niet-gegunde aanbesteding. Ze maken wel deel uit van de nieuwe tender.

In verband met deel 4 van uw vijfde vraag werd de voorbereiding van de goederen voor de vernietiging wel degelijk opgenomen in de nieuwe tender. Voor de effectieve vernietiging werd inderdaad een aparte tender gepubliceerd. Zo hebben we de concurrentie kunnen laten spelen, onafhankelijk van de firma's die de strategische stock stockeren en verdelen. Dat gaf vooral ook een gelijke kans aan potentieel gegadigde kandidaten. Ik denk dat ik hiermee op alle delen van uw vraag 5 heb geantwoord.

Ik sluit af met uw zesde vraag. De precieze antwoorden verduidelijken en verklaren de concrete gang van zaken en rechtvaardigen de beslissingen. Dat werd ook uitvoerig beschreven en bevestigd in het arrest van de Raad van State van 8 augustus 2022, waarnaar ik bij uw herhaaldelijke vragen over dit onderwerp ook al herhaaldelijk heb verwezen.

veau marché, l'offre de Raes Pharmaceutical Logistics était moins chère de 10 millions d'euros. Après l'adjudication définitive en août 2022, le déménagement était inévitable.

Le bromure de rocuronium et le bésilate d'atracurium ne sont ni des narcotiques, ni des substances psychotropes, mais des curares.

Le marché qui n'a pas été attribué concernait le stockage de médicaments dont aucun ne devait être conservé à -80°C. L'ajout de cette exigence limitait injustement la concurrence. L'exigence d'être en mesure de répondre au besoin éventuel de nouveaux vaccins a toutefois été intégrée dans le nouvel appel d'offres. La discussion relative à l'exigence de conservation à -80°C a fait l'objet d'une procédure devant le Conseil d'État, qui n'a vu aucune objection à cette façon de procéder.

Le projet RescEU en faveur de l'Ukraine est totalement indépendant des services pour les vaccins, les médicaments et les dispositifs médicaux du stock stratégique.

La décision motivée de non-attribution de ce marché indique le contraire. Les dons de médicaments et de produits de santé par le pouvoir adjudicateur à l'étranger avaient augmenté et devaient faire partie intégrante de la gestion des réserves stratégiques dans le contexte de la pandémie de Covid-19. La motivation qui suit le confirme. Ces services, liés aux dons, n'avaient pas été inclus dans le marché non attribué. Cependant, ils font bien partie du nouvel appel d'offres.

La préparation préalable à la destruction a bien été incluse dans le nouvel appel d'offres. Un appel distinct a été publié concernant la destruction effective. Ainsi, nous avons pu ouvrir à la concurrence, indépendamment des sociétés qui stockent et distribuent les réserves stratégiques. De ce fait, nous avons garanti une égalité des

chances aux candidats intéressés.

Les réponses précises éclairent et expliquent le cours concret des événements, et elles justifient les décisions. Cela a également été amplement décrit et confirmé dans l'arrêt du Conseil d'État du 8 août 2022.

23.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, een laatste vraag. Kunt u in dit dossier vandaag formeel en ondubbelzinnig uitsluiten dat er sprake is van enige vorm van belangenvermenging? U hebt daar niet op geantwoord.

23.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat mijn antwoord bijzonder duidelijk is. Al uw aantijgingen worden weerlegd. Het is de zoveelste keer dat u daar vragen over stelt, de zoveelste keer dat ik alle antwoorden geef. Ik weet wel wie uw vragen inspireert. U mag dat blijven doen. Mijn antwoord is duidelijk.

23.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik noteer dat u duidelijk en formeel uitsluit dat hier sprake is van enige vorm van belangenvermenging. Ik hoop dat ik u niet binnenkort, over enkele maanden of jaren, op de formele stelling die u hier inneemt, zal moeten wijzen. Iets zegt mij dat dit toch het geval zal zijn.

U hebt het voorgelegd aan de ministerraad, dat is al goed. Het zou fijn zijn als ik eindelijk de agenda en wat nota's zou kunnen inkijken. Het zou ook fijn zijn als ik na de motie die ik straks zal indienen, de verslagen zou kunnen lezen van de beslissingen en, bijvoorbeeld, van het marktonderzoek dat u hebt gevoerd. Het geldt ook voor de verslagen van de financiële beslissingen en voor de facturen die ik herhaaldelijk heb opgevraagd, maar niet te zien krijg.

Hoe langer u niet transparant over dit dossier communiceert, hoe argwanender ik uw antwoorden bekijk en hoe dieper ik ze zal analyseren.

Wat de verlenging van het contract betreft, zegt u dat er een interne, mondelinge notificatie was van de budgetoverschrijding. Wat is de juridische waarde daarvan? Ik denk dat er geen is.

In uw antwoord waarom de niet-aanbesteding van de tender was ingetrokken en wat het verschil was tussen de nieuwe tender en de tender die als gevolg had dat er een niet-aanbesteding was, gaf u mij als argument dat het om geneesmiddelen en niet om vaccins ging, maar vandaag geeft u opnieuw toe dat geneesmiddelen en vaccins het voorwerp van de nieuwe tender waren. Dat staat ook zwart op wit in de notificaties van de Inspectie van Financiën. Waarom hebt u dan in een antwoord tijdens een vorige commissievergadering aangegeven dat het hier niet om vaccins, maar om geneesmiddelen ging? Ik heb u toen gezegd dat vaccins geneesmiddelen zijn en dat wat u zei niet klopte.

Bij de *justification du marché* wordt geen verhuizing van vaccins vermeld. U zegt dat dat niet hoeft te worden vermeld, maar er wordt niets van gezegd. Het gaat inderdaad over additionele diensten, dus waar wordt het budget voor de verhuizing van de vaccins vermeld? Het wordt niet vermeld, er is zelfs geen sprake van. Het is dus uw interpretatie tegen de mijne. Als u een nieuwe tender of aanbesteding wilde uitschrijven, dan was het noodzakelijk die verhuizing te vermelden.

23.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Le ministre peut-il formellement exclure toute confusion d'intérêts dans ce dossier?

23.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Ma réponse est parfaitement claire. Toutes les accusations ont été réfutées.

23.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Je voudrais avoir enfin accès à l'agenda et à quelques notes. Par ailleurs, je souhaite pouvoir prendre connaissance des rapports concernant les décisions, concernant l'étude de marché menée par le ministre et concernant les décisions financières. Enfin, je voudrais qu'on me montre enfin les factures, que j'ai déjà demandées à plusieurs reprises.

Le ministre persiste à ne pas communiquer de façon transparente sur ce dossier.

La notification orale interne du dépassement de budget n'a aucune valeur juridique.

Quant aux appels d'offres, pourquoi le ministre a-t-il indiqué, dans une réponse donnée lors d'une réunion précédente de la commission, qu'il ne s'agissait pas de vaccins, mais de médicaments?

La justification du marché ne fait pas état d'un déménagement de vaccins.

Le ministre répète que, contraint par le dépassement de budget, et par un souci d'économies, il a dû changer de distributeur de vaccins, mais avec ce déplacement, il a jeté l'argent par les fenêtres. Cela n'a donc pas de sens.

Hebt u de verhuizing dan meegenomen in de totaalkostprijs van het beheer van de strategische voorraad? Neen, dat hebt u niet gedaan.

U haalt opnieuw hetzelfde riedeltje aan – ik kan dat van u ook zeggen, net zoals u dat van mij zegt – namelijk dat u door de budgetoverschrijding naar een andere vaccindistributeur moest gaan, omdat u daar geld mee zou besparen. U hebt met de verhuizing dat geld echter door ramen en deuren gegoooid. Dat houdt dus gewoon geen steek.

Het houdt ook geen steek dat u spreekt van een gelijke behandeling van alle kandidaten. Daarover zijn we het eens. Maar hoe komt het dan dat u zich in het marktonderzoek niet gericht hebt tot de firma Medista?

Waarom hebt u in vorige gesprekken daarover verwezen naar een aantal organisaties waar u het marktonderzoek hebt uitgevoerd? Ik verneem dat daarop nooit een antwoord is gekomen. Ook met betrekking tot dat marktonderzoek heb ik u gevraagd om de verslagen te bezorgen en de beslissingsboom in te zien. Daartoe krijg ik geen toegang.

U verklaart dat de verhuizing onvermijdelijk was. Dat is uw interpretatie. De kostprijs van de verhuizing is 4 miljoen euro. U kunt evenwel nergens aanduiden waar u dat bedrag vandaan haalt.

Rocuronium bromide is een anestheticum. Dat is het juiste woord. Er is dus geen sprake van verwarring. Dat is een zeer zwaar middel.

Ik verwar helemaal niets met betrekking tot RescEU en de buitenlandse zendingen. De opdrachten die RescEU uitvoert, zijn immers identiek aan de opdrachten die in de eerste tender zijn uitgevoerd door de firma Medista. Kunt u uitleggen waarom de nieuwe tender moest worden uitgeschreven? Wat is de wettelijke basis? Ik blijf bij mijn standpunt dat dit dossier niet correct is verlopen.

U hebt zopas opnieuw bevestigd dat geen sprake kan zijn van anomalieën of belangenvermenging. Ik hoop voor elke belastingbetaler dat u ergens gelijk krijgt, maar ik vrees dat ik u op het einde van de rit opnieuw zal moeten zeggen dat ik u had gewaarschuwd.

Ik dien een motie in waarin ik een audit en transparantie vraag. Een jaar na datum wordt het toch wel tijd dat u met de feiten op tafel komt, met de papieren, de facturen, de verslagen en met de contracten, zodat u effectief kunt bewijzen dat u het bij het rechte eind hebt.

Moties

Motions

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

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Kathleen Depoorter en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Kathleen Depoorter

en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

- gelet op het feit dat de openbare aanbesteding van de twee loten voorgelegd moest worden aan de ministerraad, maar dat uit het antwoord van de minister onvoldoende informatie gegeven werd om te kunnen nagaan of deze conform de bepalingen gebeurden;

- gelet op het feit dat er in de toelichting van de minister in de zitting van de commissie onvoldoende elementen naar voren kwamen die een indicatie van budgetoverschrijving en als gevolg daarvan het uitschrijven van een nieuwe aanbesteding weergeven;

- gelet op de ontoereikende duiding en interpretatie die gegeven werd bij de passage aangaande het ter

Le ministre évoque un traitement équitable de tous les candidats, mais pourquoi ne s'est-il pas adressé à la société Medista au cours de l'enquête de marché? Je n'ai pas accès aux rapports et à l'arbre de décision.

Le ministre qualifie d'inévitable le déplacement, à concurrence d'un montant de 4 millions d'euros, mais il ne peut indiquer nulle part d'où il tire ce montant.

Les missions effectuées par RescEU sont identiques aux missions que la société Medista a effectuées dans le cadre du premier appel d'offres. Pourquoi le nouvel appel d'offres a-t-il dû être lancé? Je maintiens que ce dossier n'a pas été traité correctement.

Je dépose une motion, dans laquelle je demande un audit et la transparence. Un an après l'échéance, il est tout de même temps que le ministre mette toutes les informations sur la table, afin qu'il puisse effectivement prouver qu'il a raison.

plaatse kunnen blijven van de resterende stock vaccins;

- gelet op de afwijkende procedure rond het beheer van de strategische stock die in de commissie besproken werd;
- gelet op de onduidelijkheid die na de toelichting door de minister blijft bestaan omtrent de verantwoordelijkheden, beslissingsbevoegdheden en chronologie;
- gelet op het uitblijven van een sluitende verklaring bij de aanbesteding van narcotica en psychotrope stoffen;
- gelet op de discrepantie tussen de opslagvoorschriften die voor de opslag van vaccins aan -80 °C werden uitgeschreven;
- gelet op het uitblijven van een sluitende verklaring voor het niet opnemen van de bepaling in de nieuwe tender aangaande de vernietiging van vaccins;
- gelet op de onduidelijkheid die blijft bestaan over het aanstellen van een consultant via de firma Movianto voor het RescEU-project en mogelijke belangenvermenging;
- gelet op het funeste en terugkerende karakter van diverse anomalieën in eerdere verklaringen van de minister;

vraagt de regering

- te erkennen dat er bij de opslag van de strategische stock, de opslag van de vaccins en de stopzetting van de samenwerking met de vorige logistieke partner fouten zijn gemaakt;
- te erkennen dat er een onderzoek dient te gebeuren en dit ook in te stellen naar het gebruik van de budgetten, de opmaak, de kosteninschatting uitgevoerd door de betrokken diensten voor het beheer van de strategische stock en de opslag van de vaccins;
- de verslagen van de ministerraad, contracten en facturen en alle daarmee verbonden stukken – van eender welk drager of medium – die te maken hebben met deze openbare aanbesteding van het beheer van de strategische stock vrij te geven;
- een audit in te stellen naar het volledige dossier met bijzondere aandacht voor: de aanbestedingsprocedure voor het aanduiden van de nieuwe logistieke partner, de opslagmodaliteiten van de strategische stock, budgetgebruik en het bepalen van de verschillende verantwoordelijkheden en de genomen beslissingen en mogelijke belangenvermenging."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Kathleen Depoorter et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Kathleen Depoorter

et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

- étant donné que l'adjudication publique des deux lots devait être soumise au Conseil des ministres mais que la réponse du ministre n'a pas permis de vérifier si cette adjudication a eu lieu conformément aux règles en vigueur;
- étant donné que de l'exposé du ministre en séance de la commission, il ressort trop peu d'éléments indiquant un dépassement de budget et par conséquent le lancement d'une nouvelle adjudication;
- vu les explications et l'interprétation insuffisantes qui ont été données à propos du passage concernant le fait que le stock de vaccins restant pourrait rester sur place;
- vu la procédure divergente concernant la gestion du stock stratégique examinée en commission;
- vu le manque de clarté qui persiste au terme des explications du ministre quant aux responsabilités, aux compétences décisionnelles et à la chronologie;
- vu l'absence d'explication cohérente en ce qui concerne l'adjudication des narcotiques et psychotropes;
- vu la discordance entre les consignes qui stipulent que les vaccins doivent être stockés à -80°C;
- vu l'absence d'explication cohérente en ce qui concerne la non-inclusion de cette disposition dans l'appel d'offres relatif à la destruction des vaccins;
- vu le manque de clarté qui persiste concernant la désignation d'un consultant par l'intermédiaire de la société Movianto pour le projet RescEU et les possibles conflits d'intérêts;
- vu le caractère funeste et répétitif de diverses anomalies dans les précédentes déclarations du ministre;

demande au gouvernement

- de reconnaître que des erreurs ont été commises au niveau de l'entreposage du stock stratégique, de l'entreposage des vaccins et de l'arrêt de la collaboration avec l'ancien partenaire logistique;
- de reconnaître qu'une enquête doit être menée – et de mener effectivement cette enquête – afin de clarifier l'utilisation des budgets, l'élaboration et l'estimation des coûts réalisée par les services concernés au niveau de la gestion du stock stratégique et du stockage des vaccins;
- de mettre à disposition les rapports du Conseil des ministres, les contrats et les factures, ainsi que tous les documents y afférents, sur quelque support ou média que ce soit, en rapport avec cette adjudication publique relative à la gestion du stock stratégique;

- de diligenter un audit sur l'ensemble du dossier, en prêtant particulièrement attention aux éléments suivants: la procédure d'adjudication pour la désignation du nouveau partenaire logistique, les modalités de stockage du stock stratégique, l'utilisation des budgets, la détermination des différentes responsabilités, les décisions prises et l'éventuel conflit d'intérêts."

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

Over de motie zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
Le vote sur la motion aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

[24] Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Baarmoederhalskankerscreening" (55037585C)

[24] Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer du col de l'utérus" (55037585C)

[24.01] Dominiek Snelpe (VB): *Tot op heden mocht ik nog geen antwoord ontvangen op mijn schriftelijke vraag nr. 2115.*

Begin december heeft de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid de beslissing genomen om voor baarmoederhalskankerscreening over te schakelen van cytologie naar HPV-testing. U stelt dat screening gebaseerd op de HPV-test effectiever is dan cytologie.

Uit data van Hologic, die een wereldspeler is in zowel HPV-screening als in cytologische screening, blijkt dat een HPV-test 22,5 % van de cervicale kankers mist, een cytologische test mist 14,9 % van de cervicale kankers, maar een co-test zou er maar 5,9 % missen. Ook bij wat betreft de pre-kankers die gemist worden scoort de co-test het beste: 2,4 % van de kankers worden gemist door de HPV-test, 10,7 % bij de cytologische testen, en 0,3 % bij de co-testen.

Wat is de jaarlijkse kostprijs van de huidige screening gebaseerd op cytologisch onderzoek?

Wat zouden de meerkosten zijn van een co-test ten opzichte van de cytologische testen zoals vandaag uitgevoerd, gelet op het feit dat staalname slechts 1 keer dient te gebeuren, en het feit dat meer (pre)kankers vroeger zullen worden vastgesteld?

Wat zouden de meerkosten zijn van co-testen vergeleken met de HPV-screening (en gevolgd door cytologisch onderzoek indien HPV-positief) die de minister wil invoeren?

U verwijst in uw antwoord op onze eerdere vraag over screening naar baarmoederhalskanker naar recentere studies in Canada en Hong Kong, waaruit zou blijken dat HPV-screening beter is dan vloeistofcytologie. Kan u ons deze studies bezorgen? Want wij hebben vernomen dat deze studies co-testing (HPV én cytologie) vergelijken met cytologie alleen, en niet HPV-testen vergelijken met cytologische testen.

U zegt dat de beslissing is gevallen om over te schakelen naar HPV-testing. Is de co-testing (HPV en cytologie) ook ter sprake gekomen? Zo ja, waarom werd niet gekozen voor deze optie, gelet op het feit dat deze methode het minst vals-negatieve testen oplevert?

Zal men voor de HPV-test viraal DNA of viraal RNA opsporen?

U stelde in uw antwoord op mijn vorige vraag dat een bijkomend voordeel van HPV-testen is dat deze kan worden uitgevoerd op een zelf

[24.01] Dominiek Snelpe (VB): *En décembre 2022, la CIM Santé publique a décidé d'opter pour les tests HPV plutôt que pour la cytologie dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus. Néanmoins, certaines données fournies par Hologic semblent indiquer qu'un test cytologique est plus efficace qu'un test HPV. Les meilleurs résultats sont obtenus avec un test combiné.*

Combien coûte annuellement le dépistage par cytologie? À quel montant s'élèverait le surcoût pour un test combiné, compte tenu du fait qu'un seul prélèvement est requis et que cela permettrait de dépister davantage de cancers à un stade précoce? À quel montant s'élèverait le surcoût en comparaison avec un dépistage basé sur des tests HPV? Le ministre peut-il fournir les études qui laisseraient apparaître que le dépistage HPV est plus efficace que la cytologie en milieu liquide?

Le test combiné a-t-il été envisagé lors de la prise de décision? Pourquoi n'a-t-il pas été retenu?

Le test HPV cible-t-il l'ADN viral ou l'ARN viral?

Précédemment, le ministre a affirmé que les tests HPV pouvaient être réalisés sur un auto-prélèvement, ce qui était susceptible d'augmenter le taux de dépistage. Néanmoins, aux Pays-Bas, c'est l'inverse qui s'est produit: les

afgenomen staal, wat mogelijkheden biedt om de screeningsgraad te verhogen. Nochtans blijkt dat in Nederland, waar men dit reeds heeft ingevoerd, het tegendeel waar is: vrouwen die zich anders lieten onderzoeken door een arts doen het nu zelf, met mogelijks een lagere gevoeligheid van de test. Vrouwen die zich anders niet lieten onderzoeken, doen ook de zelftest niet. Het heeft dus geen positief effect op de screeningsgraad, integendeel. Vreest u niet dat dit in België ook het geval kan zijn?

femmes qui se faisaient auparavant examiner par un médecin optent désormais pour l'autotest, réduisant ainsi potentiellement la sensibilité du test. Quant aux femmes qui ne se faisaient déjà pas examiner auparavant, elles ne font pas non plus l'autotest. Le ministre ne craint-il pas un effet négatif similaire en Belgique?

[24.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, in uw vraag verwijst u naar data van Hologic, een Amerikaanse firma die zowel een methode van vloeistofcytologie als een HPV-test op de markt brengt en dus duidelijk financiële belangen heeft om de cotest aan te bevelen.

[24.02] Frank Vandenbroucke, ministre: Mme Sneppe fait allusion aux données de Hologic, une société qui commercialise tant la cytologie en phase liquide que des tests VPH et a donc un intérêt financier à promouvoir le test combiné. L'OMS et le Centre international de Recherche sur le Cancer concluent sur la base d'études récentes que le dépistage à l'aide du test VPH constitue la méthode présentant le meilleur rapport coûts/bénéfices.

De Wereldgezondheidsorganisatie en het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek hebben heel recent de evidentie over de effectiviteit van screening naar baarmoederhalskanker onderzocht en geconcludeerd dat screening met HPV-testing alleen de meest kosteneffectieve methode is. Cotesting wordt voornamelijk gepromoot door cytopathologische laboratoria en door firma's die kitapparatuur voor vloeistofcytologie produceren, ondanks het hoge niveau van internationaal erkende evidentie voor de screening met HPV-testing alleen.

Le dépistage cytologique actuel coûte 27 millions d'euros chaque année. Si l'on réalisait également un test VPH lors de chaque test cytologique, sous la forme de test combiné, il en résulterait une dépense supplémentaire de 40 872 000 euros.

De huidige cytologische screening heeft een jaarlijkse kostprijs van 27 miljoen euro.

Wanneer er bij de tweede lezing van de cytologische test een aangevoelde aanwezigheid van atypische cellen is, gebeurt de HPV-test reeds op dezelfde cervicovaginale afname(s). Indien voor elke cytologische test ook een HPV-test als cotest dient te worden uitgevoerd, betekent dat een meeruitgave van 40.872.000 euro.

La feuille de route relative au dépistage du VPH est en cours d'élaboration. Les conditions du dépistage seront fixées, ainsi que le nombre de cas et une estimation des tests positifs au VPH. Tant que ces conditions ne seront pas définies, il ne sera pas possible d'établir une estimation correcte des coûts. La feuille de route sera disponible d'ici l'automne.

Op dit ogenblik wordt het roadbook HPV-screening uitgeschreven. Dat zal de voorwaarden van screening vastleggen en het aantal gevallen bepalen, alsook de inschatting van de HPV-positieve testen. Zolang die voorwaarden niet zijn uitgebreid, kan hier geen juiste raming worden meegegeven. Het roadbook zal tegen het najaar klaar zijn.

Je ferai parvenir par courriel les études récentes en la matière provenant du Canada et de Hong Kong.

Ik zal u de recentere studies in Canada en Hong Kong per e-mail laten bezorgen.

Uiteraard werd HPV-testing ook vergeleken met cotesting. De incidentie na een negatieve cotest is niet significant lager dan na een negatieve HPV-test, wat aanduidt dat de cotest niet beter beschermt tegen cervixkanker of -prekanker dan een HPV-test alleen.

Cotesting is wel heel wat duurder en genereert meer valspositieve resultaten in vergelijking met HPV-testing alleen. Ik verwijs naar het IARC Cervical Cancer Screening Handbook 2020 en naar de New England Journal of Medicine 2021.

Le test PVH a évidemment été comparé au test combiné cytologie/PVH. L'incidence après un test combiné négatif n'est toutefois pas significativement plus faible qu'après un test PVH négatif, ce qui montre que le test combiné ne protège pas mieux contre le cancer

Een meta-analyse uitgevoerd in opdracht van de WHO toonde een gelijkaardige performantie met RNA- en DNA-testing op een staal van de baarmoederhals, afgenomen door een clinicus. Er is een gelijkaardige lage incidentie na cervicale prekanker, 15 jaar na een negatieve RNA-test versus een negatieve DNA-test, uit *The Lancet Oncology 2020*. Die bevindingen werden vervolgens bevestigd door een grote Britse

pilootstudie, met als uitkomst cervicale kanker. Ik kan u ook de referenties bezorgen.

Op een zelf afgenomen staal is een RNA-test minder gevoelig om pre-kanker van de baarmoederhals op te sporen in vergelijking met een RNA-test op een klinische afname. RNA-testing bij zelfafname wordt daarom afgeraden. Ik verwijs opnieuw naar *The Lancet Oncology*. Ik kan u de gegevens bezorgen.

Mevrouw Sneppe, u had ook een zevende vraag, met een verwijzing naar Nederland. De wetenschappelijke evidentie is vrij eenduidig. De respons is consistent hoger wanneer ondergescreende vrouwen een zelfafnamekit opgestuurd krijgen in vergelijking met een klassieke uitnodiging om een uitstrijkje te laten afnemen door een arts. Wanneer de vrouw zelf het initiatief moet nemen om een zelfafnamekit te bestellen, is er over het algemeen geen significante winst in respons in vergelijking met de klassieke uitnodigingsbrief. Zie daarover een recente meta-analyse van Costa in *The British Journal of Cancer* 2023. De bevindingen van de meta-analyse komen sterk overeen met deze van de Vlaamse gerandomiseerde studie gepubliceerd in *The International Journal of Cancer* 2019 van Kellen.

Voor de invoering van zelfafnametesten in België zijn de deelstaten bevoegd. De experts die ons adviseren, vertellen ons dat het voorlopig nog veiliger is om zelfafname aan te bevelen voor ondergescreende vrouwen. Omdat we nog geen resultaten hebben uit de follow-up, vind ik het toch veiliger om voorlopig de zelfafname nog niet als de eerste keuze van screening aan te bieden, zoals dat in Zweden en Australië wel al het geval is.

du col de l'utérus que le test PVH seul. Le test combiné est un peu plus coûteux et génère également plus de faux positifs.

Il ressort d'une méta-analyse de l'OMS que les tests ARN sur un échantillon prélevé par un clinicien sont aussi performants que les tests ADN sur un tel échantillon. Ce résultat est confirmé par d'autres études dont je peux fournir les références.

Étant donné qu'un test ARN sur un échantillon prélevé soi-même est moins sensible pour détecter un état précancéreux du col de l'utérus qu'un test ARN sur un échantillon clinique, il est déconseillé d'effectuer un test ARN sur des échantillons prélevés soi-même.

Les preuves scientifiques sont assez claires. Les taux de réponse sont systématiquement plus élevés lorsque les femmes sous-dépistées reçoivent un kit d'auto-prélèvement que lorsqu'elles sont invitées à faire un frottis par un médecin. Lorsque la femme doit elle-même prendre l'initiative de commander un kit d'auto-prélèvement, nous ne constatons aucun gain significatif par rapport à la lettre d'invitation classique.

En Belgique, les entités fédérées sont compétentes pour l'introduction des autotests. Nos experts nous conseillent de recommander l'auto-prélèvement aux femmes sous-dépistées. Dans l'attente de résultats de recherche supplémentaires, nous pensons qu'il est plus prudent pour l'instant de ne pas proposer l'auto-prélèvement comme premier choix de dépistage.

24.03 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, maar een schriftelijke vraag verdient een schriftelijk antwoord. Het antwoord is beschikbaar, dus ik begrijp niet waarom het niet doorgestuurd werd. Een schriftelijke vraag is meestal ook langer en ingewikkelder dan een mondelinge vraag.

Bedankt dus voor uw antwoorden, ik zal het verder bekijken. Ik hoop dat u mij de nodige referenties doorstuurt en eventueel ook het volledige antwoord op de vraag.

24.03 Dominiek Sneppe (VB): Je ne comprends pas pourquoi je n'ai pas reçu de réponse écrite à ma question écrite n° 2115.

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

De **voorzitster**: Mijnheer de minister, mevrouw Sneppe verwijst naar de schriftelijke vragen. Ik denk dat heel wat collega's nog op antwoorden van schriftelijke vragen wachten. Het reces komt eraan en ik doe een warme oproep om alle schriftelijke vragen te beantwoorden.

24.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: We doen ons best. Ik weet dat we nog wat vertraging hebben. Ik denk dat ik nu toch wel een inhaalbeweging heb gemaakt, maar mijn administratie doet haar uiterste best.

25 **Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De palliatieve zorg" (55037586C)**

25 **Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins palliatifs" (55037586C)**

25.01 **Els Van Hoof** (cd&v): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Geachte minister, de KCE-studie "Palliatieve zorg: hoe financiële ondersteuning aanpassen aan de noden van de patiënt? Een verkennende studie" werd gepubliceerd op 23 maart 2023. Deze studie stelt een aantal mogelijke mechanismen voor wat betreft de identificatie van zorgnoden van palliatieve patiënten, zoals de PICT en BelRai. U gaf nadien aan in de commissie dat u het RIZIV zou vragen een oriëntatienota op te maken die een basis kan vormen voor overleg met de stakeholders en de Federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg.

25.01 **Els Van Hoof** (cd&v): À la suite d'une étude du KCE du 23 mars 2023, le ministre demanderait à l'INAMI de rédiger une note d'orientation en vue d'une concertation avec les parties prenantes en matière de soins palliatifs et avec la Cellule d'évaluation des soins palliatifs. Qu'en est-il? Où en est l'étude relative au middle care palliatif?

Daarnaast vermeldde u dat er een nieuwe KCE-studie werd opgestart over de organisatieaspecten van de palliatieve zorg en in het bijzonder de plaats van de palliatieve middle care. Dit is belangrijk aangezien deze middle care vandaag nog in grote mate ontbreekt in ons land en er waarschijnlijk steeds meer beroep op gedaan zal moeten worden.

Deze studie komt er op vraag van het Federaal Overlegplatform Palliatieve Zorg en de drie regionale federaties voor palliatieve zorg. Ze hebben het KCE gevraagd het huidige aanbod van palliatieve zorg in België te bestuderen om de rol die 'hospices' in de toekomst zouden kunnen spelen in het Belgische landschap van palliatieve zorg, in kaart te brengen. Vandaag zien we echter ook al een vorm van "geïntegreerde middle care" waarbij er bijv. in woonzorgcentra of in ziekenhuizen (bijv. diensten geriatrie) een aantal zogenaamde hospice-bedden worden vrijgehouden. Deze initiatieven worden wel gefinancierd met eigen middelen van de woonzorgcentra of ziekenhuizen of projectmiddelen en kaderen in een pilootfase.

Mijn vragen voor de minister:

Heeft het RIZIV intussen een oriëntatienota opgesteld voor overleg met de stakeholders en de evaluatiecel? Zo neen, wat is de timing hiervoor?

Werd het overleg reeds aangevat? Welke stakeholders worden betrokken bij dit overleg?

Wat is de timing voor de tweede KCE-studie inzake palliatieve middle care? Zal hierbij ook rekening worden gehouden met de praktijk van "geïntegreerde middle care" in woonzorgcentra en diensten geriatrie in de ziekenhuizen?

Zal er in deze studie voldoende rekening gehouden worden met de

mogelijkheid om in te spelen op de regionale zorgnoden, populatiemanagement en de sociale kaart die de basis vormen van de geïntegreerde zorg vanuit de Eerstelijnszones in Vlaanderen?

[25.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, het KCE is uitgenodigd om de conclusie van het rapport nr. 367 voor te stellen aan de Federale Evaluatiecel Palliatieve zorg op 6 juli. Met het RIZIV werd afgesproken dat er op basis van de resultaten van de studie een oriëntatienota zou worden opgeleverd, een jaar na de publicatie van de studie. Vervolgens zou die nota aan de verschillende stakeholders worden voorgelegd. De studie kon echter geen instrument identificeren dat gemakkelijk in gebruik is, gebaseerd op wetenschappelijke evidentie en snel in de praktijk te implementeren. Dat is dus een moeilijke conclusie. De alternatieve perspectieven die in de studie worden aangereikt, vragen verder studiewerk. Gezien die context is het momenteel niet mogelijk om op korte termijn een wetenschappelijk onderbouwd palliatief statuut uit te werken, gebaseerd op de evolutieve noden van de palliatieve patiënt.

We blijven echter wel pistes exploreren om in de toekomst rechten aan die patiënten te kunnen toekennen, rekening houdend met hun behoeften. Momenteel worden die pistes door mijn medewerkers afgetoetst bij het RIZIV. In een volgende fase zullen de betrokken stakeholders, onder meer het KCE, hierbij worden betrokken.

Het is echter wel mijn wens om die preciaire groep van patiënten op kortere termijn beter te ondersteunen. In afwachting van de verdere ontwikkeling van het palliatief statuut bouwen we verder op het bestaande palliatieve forfait. In de KCE-studie werden al enkele pistes aangereikt om het forfait toegankelijker te maken. Ik heb intussen aan het RIZIV gevraagd om de pistes verder aan te vullen en te evalueren en een voorstel tot aanpassing van het forfait te formuleren.

Op relatief korte termijn zal het RIZIV, mede in het kader van de uitvoering van de bestuursovereenkomst, een aantal verbeterpunten aanbrengen in de actuele toekenning van de forfaits, teneinde die forfaits toegankelijker te maken. Die punten zullen vervolgens ook in een aangepast uitvoeringsbesluit worden opgenomen.

Op langere termijn zal het RIZIV een nota uitwerken die stoffeert hoe het palliatief statuut kan worden aangevuld als een kantelpunt van curatieve zorg naar comfortzorg en hoe in een kwalitatief zorgtraject kan worden voorzien, met dat kantelpunt, dat statuut, als vertrekpunt. Dat werk op de lange termijn zal ook met de auteurs van de KCE-studie worden opgenomen.

U vroeg naar de timing van de tweede KCE-studie. Die is begonnen in mei en zou eind 2024 afgerond moeten zijn. De studie zal geïntegreerde intermediaire zorg in overweging nemen. Dat type voorzieningen wordt in ons studieproject aangeduid als intermediaire palliatieve zorginitiatieven. Alle vormen van intermediaire palliatieve zorginitiatieven zullen diepgaand worden geanalyseerd.

In antwoord op uw laatste vraag geef ik mee dat het KCE contact opnam met de agentschappen en administraties van de gewesten en gemeenschappen die betrokken zijn bij de organisatie van palliatieve zorg, om een zo gedetailleerd mogelijk beeld te krijgen van het Belgische landschap. Als onderdeel van de onderzoeksmethodologie zijn terugkerende consultaties gepland van regionale, gemeenschaps- en federale autoriteiten en van vertegenwoordigers van patiënten in de

[25.02] Frank Vandenbroucke, ministre: Le KCE présentera la conclusion du rapport n° 367 le 6 juillet à la Cellule d'évaluation concernant les soins palliatifs. Cependant, l'étude n'a pas pu identifier d'instrument facile d'utilisation, étayé scientifiquement et rapide à mettre en œuvre. Un travail d'étude plus approfondi est donc nécessaire. Aucun statut palliatif scientifique ne peut être développé à court terme. Actuellement, quelques pistes de réflexion visant à mieux soutenir ces patients à l'avenir sont évaluées par mes collaborateurs et par l'INAMI.

En attendant cette évaluation, nous poursuivons le travail en nous appuyant sur le forfait palliatif existant. À relativement court terme, l'INAMI apportera plusieurs améliorations dans l'octroi des forfaits. À plus long terme, l'INAMI élaborera une note sur la manière dont le statut palliatif peut être complété comme point de bascule des soins curatifs vers les soins de confort, et sur la manière dont un trajet de soins de qualité peut être mis en œuvre.

La seconde étude du KCE a débuté en mai et devrait se terminer fin 2024. Toutes les initiatives de soins palliatifs de type *middle care*, quelle que soit leur forme, feront l'objet d'une analyse approfondie.

Le KCE a pris contact avec les agences et les administrations des régions et des communautés qui sont associées à l'organisation des soins palliatifs. Des consultations régulières sont prévues avec les autorités régionales et fédérales ainsi qu'avec des représentants des patients.

palliatieve zorgsector. Wij proberen daar dus voldoende rekening mee te laten houden in de studie.

25.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. De studie gaf inderdaad geen bevredigend antwoord om een palliatief statuut uit te werken. Ik hoor dat u een jaar na de studie een oriëntatienota zal uitbrengen. Ik vraag mij af waarom dat een jaar na de studie is. Ik heb het niet goed begrepen, maar dat ligt misschien aan mij.

Het is echter wel heel goed dat u aan de slag gaat met het palliatieve forfait. Dat lag immers voor de hand, aangezien het veel te laat wordt aangevraagd, ook door de artsen die het maar de laatste drie maanden kunnen toekennen. Dat alles beantwoordt niet aan de realiteit. Meer mensen moeten een beroep op dat forfait kunnen doen als zij thuis wonen en in een palliatief statuut zitten, omdat ze een levensbedreigende ziekte hebben en daarbij geen beroep kunnen doen op het forfait.

Het is dus een goede zaak dat het RIZIV zal werken aan verbeterpunten en dat het dat vrij snel zou kunnen doen, bij gebrek aan een echt palliatief statuut waarop dat palliatieve forfait zou kunnen worden aangepast. Dat was immers uiteindelijk de bedoeling, namelijk van hoog naar midden naar laag. Wanneer wordt dat forfait gegeven? Aangezien we daarop geen antwoord hebben gekregen, is het naar mijn persoonlijke mening een goede zaak dat het RIZIV het dossier naar zich toetrekt en bekijkt op welke manier het palliatieve forfait beter kan worden gebruikt.

Het is positief te horen dat het dossier niet opnieuw wordt uitgesteld, onderzocht en bestudeerd. Dat doen wij immers al een paar jaar zonder effectief resultaat.

Ten tweede, de geïntegreerde zorg is een vraag van de sector zelf, om niet steeds aparte hokjes te creëren en de hospices ook te integreren in de woon-zorgcentra en in de ziekenhuizen. Ik kijk ook uit naar het resultaat van de studie die in 2024 zal uitkomen.

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

De **voorzitter**: De heer Rigot is niet aan aanwezig om zijn vraag nr. 55037592C te stellen.

26 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de voedselconsumptiepeiling" (55037595C)

26 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de l'enquête sur les habitudes alimentaires" (55037595C)

26.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, in een recent advies van Sciensano konden we lezen dat er tot op heden weinig of geen gestructureerde financiering is voor monitoring en evaluatie van onder andere voedingsstatus, voedingsgewoontes en voedingsomgeving. Zo krijgt de voedselconsumptiepeiling volgens Sciensano – toch wel een van de wetenschappelijke methodes om dergelijke statussen op te volgen – geen structurele financiering en ontbreekt er voor de lopende peiling federale financiering. Daarnaast is er ook het initiatief Nutritrack dat werd opgestart door Sciensano, maar waarvoor ook een structurele financiering door de overheid ontbreekt. Sciensano is momenteel nog op zoek naar financiering om een marketingmonitoring op te zetten, onder meer om de impact van de nutriscore op de consument en de

25.03 Els Van Hoof (cd&v): Je me réjouis que le ministre s'attelle au forfait palliatif en attendant la mise en place d'un statut palliatif. Il est positif que l'INAMI s'empare de la question. Il est également positif que cette question ne fasse pas l'objet d'un nouveau report ou d'une nouvelle étude, comme cela a souvent été le cas ces dernières années. Les soins intégrés constituent une demande du secteur lui-même. J'attends avec intérêt les résultats de l'étude.

26.01 Mieke Claes (N-VA): Dans un récent avis de Sciensano, il est indiqué qu'il existe peu ou pas de financement structuré de la surveillance et de l'évaluation d'éléments tels que l'état nutritionnel, les habitudes alimentaires et l'environnement nutritionnel. L'enquête sur les habitudes alimentaires ne bénéficie donc pas d'un financement structurel et, pour ce qui est de l'en-

productsamenstelling te evalueren. Dat zijn belangrijke initiatieven voor een evidencebased voedingsbeleid. U legt daar in uw federaal voedings- en gezondheidsplan ook sterk de nadruk op, maar vandaag ontvangen ze niet de middelen die ze verdienen.

Waarom werd er niet in financiering voorzien voor de lopende voedselconsumptiepeiling?

Zal dat veranderen? Zal die in de toekomst wel structurele ondersteuning krijgen?

Hebt u plannen om het initiatief Nutritrack van Sciensano structureel te financieren?

Wat met het marketingmonitoringinitiatief? Krijgt dat wel of niet ondersteuning en waarom?

quête en cours, il n'y a pas de financement fédéral. Il existe également l'initiative Nutritrack lancée par Sciensano mais elle ne bénéficie pas non plus d'un financement structurel. Les résultats de ces initiatives facilitent la mise en œuvre d'une politique alimentaire basée sur les preuves, sur laquelle le plan fédéral nutrition santé insiste fortement.

Pourquoi l'enquête actuelle sur les habitudes alimentaires n'est-elle pas financée et peut-on espérer un changement à cet égard? Le ministre a-t-il l'intention de financer structurellement l'initiative Nutritrack de Sciensano? Qu'en est-il de l'initiative de surveillance du marketing?

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De nationale voedselconsumptiepeiling is momenteel lopende. In 2024 verwachten we er de resultaten van. Zoals u weet, is ze opgestart in 2004. Aangezien het ook voor een deel tot de deelstaten behoort om rond gezonde voeding te werken, is er een protocol opgemaakt, inclusief een financieringsverdeling tussen de verschillende regeringen. Helaas kon ik toen geen zekerheid geven met betrekking tot de financiering vanuit de federale regering, een situatie waarin we ons op dit moment nog altijd bevinden.

Ook voor de andere projecten die u vermeldt, heb ik nog geen zicht op wat ik qua structurele financiering kan aanbieden vanuit de federale regering. Ik denk echter dat dit een onderdeel moet worden van ons voedingsplan. In dat plan moeten we bekijken welke financiële middelen nodig zijn om alle acties uit te voeren, waaronder onderzoek.

Zoals u weet, is het voedingsplan nog niet echt afgeklopt. Het blijkt een niet zo eenvoudige discussie. Ik ben van plan die vraag – de behoefte aan financiering – opnieuw voor te leggen aan de federale regering, maar ik kan niet vooruitlopen op het resultaat.

26.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'enquête nationale de consommation alimentaire est en cours. Les résultats sont attendus en 2024. Elle a été lancée en 2004 en collaboration avec les entités fédérées. À l'époque, je ne pouvais pas en garantir le financement fédéral, et c'est toujours le cas. S'agissant des autres projets, je n'ai là non plus aucune idée des montants que je pourrai dégager. Je considère qu'ils font partie de notre plan nutrition dont nous devons déterminer les budgets, notamment pour la recherche. De plus, ce plan nutrition doit encore être finalisé. Les discussions ne sont pas simples, et je ne sais pas sur quoi débouchera la nouvelle concertation fédérale.

26.03 **Mieke Claes** (N-VA): Uw antwoord baart mij toch wat zorgen, mijnheer de minister. Deze ochtend stond de bespreking van de resolutie van de collega's van Ecolo-Groen op de agenda, maar dat punt werd weer uitgesteld. Ik had gehoopt dat we ondertussen richting een afgerond plan zouden kunnen gaan. U hebt er al allerlei beloftes over gedaan...

26.03 **Mieke Claes** (N-VA): Je trouve cette réponse préoccupante. Le ministre a fait de nombreuses promesses, mais on ne voit rien venir.

26.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Beloftes? Ik heb veel zorgen, en een ervan is dat ik dat plan wil afkloppen, maar ik ben niet alleen.

26.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Des promesses? J'ai de nombreuses préoccupations, et la finalisation de ce plan en fait partie. Mais je ne suis pas seul.

26.05 **Mieke Claes** (N-VA): Ik hoop dat we hierin snel vooruitgang zullen zien. Wat de financiering betreft, is het een beetje de kip of het ei, natuurlijk. Als we zien welke adviezen naar boven zijn gekomen en

26.05 **Mieke Claes** (N-VA): Le besoin de financement est important, notamment afin de pouvoir mettre

kijken naar de resolutie van de collega's, dan blijkt dat er toch wel een serieuze nood is aan financiering, ook om de verdere acties op te zetten. Ik ben afwachting en hoop snel op vooruitgang.

en place des actions ciblées. J'espère que des avancées pourront être enregistrées rapidement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Question de Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La procédure de mise en application des sanctions par les commissions médicales provinciales (CMP)" (55037597C)

27 Vraag van Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toepassing van de sancties van de provinciale geneeskundige commissies (PGC's)" (55037597C)

27.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, un arrêté royal de 1977 institue des commissions médicales provinciales (CMP) ayant notamment pour mission de suspendre le visa de professionnels de la santé qui mettraient la vie de patients en danger.*

Malheureusement, 46 ans plus tard, les arrêtés d'application n'ont pas encore été pris. Ce faisant, certaines décisions des CMP pourraient être purement et simplement annulées. Les membres de ces commissions commencent donc à se décourager, se demandant dans quelle mesure il est utile d'étendre leurs compétences alors qu'ils sont dans l'impossibilité d'appliquer les sanctions préconisées. Se pose, notamment, la question de savoir ce qu'il est possible de faire contre un professionnel de la santé qui ne se présente pas à son audition et qui ne se fait pas représenter.

J'avais déjà à l'époque interrogé madame De Block, qui m'avait répondu:

Je reconnais que beaucoup de travail reste à réaliser pour donner aux commissions médicales provinciales les moyens légaux nécessaires pour que les patients bénéficient de soins de qualité dispensés par des praticiens physiquement, psychologiquement, légalement et moralement aptes à exercer leur profession.

Conjointement avec mon administration, les initiatives nécessaires seront prises afin d'évaluer à court terme les compétences des commissions médicales provinciales et de les réorienter dans le cadre d'une révision approfondie de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et ce, afin de créer un organe qui soit en mesure d'exercer efficacement son importante compétence de contrôle au sein des soins de santé.

Monsieur le ministre, vous n'êtes, évidemment, pas responsable de cette situation, mais pourriez-vous me faire savoir quelles mesures vous allez prendre afin que les CMP puissent jouer pleinement leur rôle?

27.02 Frank Vandenbroucke, ministre: *Monsieur Piedboeuf, la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, qui est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2021, a abrogé les commissions médicales provinciales et les a remplacées par une Commission fédérale de contrôle. Je suis venu présenter au Parlement un projet de loi qui a été adopté en juillet 2022, et qui visait à améliorer le fonctionnement et à renforcer les moyens d'action de cette nouvelle Commission fédérale de contrôle.*

27.01 Benoît Piedboeuf (MR): *Bij een koninklijk besluit van 1977 werden er provinciale geneeskundige commissies (PMC) opgericht. Zij kunnen het visum schorsen van zorgverstrekkers die het leven van patiënten in gevaar brengen.*

De uitvoeringsbesluiten werden echter nog steeds niet uitgevaardigd. Bepaalde beslissingen zouden dan ook vernietigd kunnen worden. De leden van die commissies kunnen de sancties niet toepassen en sommigen beginnen de moed te verliezen. Wat kan er gedaan worden tegen een zorgverstrekker die niet verschijnt of zich niet laat vertegenwoordigen?

Toen ik hierover vragen stelde aan uw voorgangster, mevrouw De Block, wees zij er al op dat ze een orgaan wilde oprichten dat die controlebevoegdheid binnen de gezondheidszorg effectief zou kunnen uitoefenen. Welke maatregelen zult u nemen om ervoor te zorgen dat de PGC's hun rol ten volle kunnen spelen?

27.02 Minister Frank Vandenbroucke: *Bij de wet op de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg werden de PGC's afgeschaft en vervangen door een Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtcommissie).*

Par rapport aux anciennes commissions médicales provinciales, la Commission fédérale de contrôle est assistée d'un service d'inspection qui dispose de moyens d'investigation renforcés. Les inspecteurs peuvent dresser des procès-verbaux qui font foi jusqu'à preuve du contraire. Ils peuvent pénétrer dans des locaux, se faire remettre des documents et auditionner des professionnels de santé. À cet égard, le professionnel de santé qui ne collaborerait pas peut se voir infliger des amendes administratives.

Les services d'inspection de l'INAMI et de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) peuvent également effectuer des constatations pour la Commission fédérale de contrôle. Cette dernière a également vu ses compétences étendues. Elle est chargée du contrôle de l'aptitude des professionnels de santé en succession des commissions médicales provinciales, mais également du contrôle des critères de qualité de la pratique, de la protection de la sécurité des patients, de la poursuite de l'exercice illégal et, à une date ultérieure à définir, du contrôle du respect des droits du patient.

Pour ce faire, la Commission fédérale de contrôle dispose elle aussi de moyens d'action renforcés, qui vont de la possibilité d'imposer un plan d'amélioration aux professionnels de santé concernés à la possibilité de lui retirer son autorisation de pratiquer. Il s'agit donc d'une instance nouvelle, qui devra prouver son utilité, mais je pense que le cadre législatif est clair, les moyens sont disponibles, et il conviendra de mettre en pratique ce qui a été prévu par la Chambre.

De Toezichtcommissie wordt bijgestaan door inspecteurs die een proces-verbaal kunnen opmaken, lokalen kunnen betreden, documenten kunnen opvragen en beroepsbeoefenaars kunnen horen. Gezondheidswerkers die niet meewerken, kunnen administratieve boetes opgelegd krijgen.

De inspectiediensten van het RIZIV en het FAGG kunnen vaststellingen doen.

De Toezichtcommissie is verantwoordelijk voor het toezicht op de geschiktheid van de beroepsbeoefenaars, de vereisten inzake kwaliteitsvolle praktijkvoering, de veiligheid van de patiënten, de vervolging van de onwettige uitoefening en, vanaf een later te bepalen datum, de naleving van de rechten van de patiënt.

De Toezichtcommissie beschikt over uitgebreide actiemiddelen, gaande van het opleggen van een verbeterplan tot de intrekking van het visum van de beroepsbeoefenaar.

[27.03] Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le ministre, merci beaucoup pour cette réponse. Je vais informer les membres des commissions provinciales de santé, qui n'existent plus, qu'ils ne doivent plus statuer et qu'un autre système a été mis en place. Je suppose qu'en faisant des recherches, je saurai comment actionner cette Commission fédérale de contrôle.

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

[27.03] Benoît Piedboeuf (MR): Ik zal de leden van de PGC's laten weten dat er een ander systeem ingevoerd werd.

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 55037617C en 55037619C van mevrouw Hennuy worden uitgesteld.

[28] Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Borstimplantaten" (55037622C)

[28] Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les implants mammaires" (55037622C)

[28.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, siliconen borstimplantaten worden wereldwijd al meer dan 40 jaar voor borstvergrotingen of borstreconstructies gebruikt. Ondertussen zijn er miljoenen vrouwen met siliconen borstimplantaten. Er gebeurt dan ook geregeld wetenschappelijk onderzoek naar de gevolgen en de veiligheid ervan.

Zo werd er een klein decennium geleden in Frankrijk beleidsmatig ingegrepen omdat er werd ontdekt dat sommige implantanten lekten en dus een aanzienlijk gezondheidsrisico vormden. In Nederland en in de

[28.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Malgré tous les problèmes rencontrés dans le passé, la plupart des implants mammaires sont toujours fabriqués en silicone.

Combien d'implants sont-ils posés chaque année? Combien d'entre eux sont en silicone et combien

Verenigde Staten lopen er vandaag onderzoeken naar de kwaliteit en veiligheid van siliconen borstimplantaten. In België blijft het nogal stil. Nochtans hebben slechte implantaten aanzienlijke gevolgen voor de gezondheid.

Ik was zelf nogal verrast was toen ik vernam dat de meeste implantaten nog uit siliconen bestaan. Het verbaasde mij dat men niet met water-implantaten werkt, want als water in het lichaam lekt, zijn er minder gezondheidsrisico's, aangezien ons lichaam grotendeels uit water bestaat. Ik heb hierover de volgende vragen.

Hoeveel implantaten worden er jaarlijks geplaatst? Hoeveel procent zijn siliconen en hoeveel procent zijn watergevulde implantaten? Welke richtlijnen zijn er ter zake en hoe gebeurt de kwaliteitscontrole? Hoe gebeurt de opvolging en de registratie van neveneffecten?

Wij hebben het in het verleden al gehad over de CE-markering voor medische hulpmiddelen, waartoe de implantaten behoren. Welke controle gebeurt er vandaag op het gebruik en de implantaten van correcte borstprothesen? Welke traceringsmogelijkheden zijn er nog? Kunt u implantaten traceren van de productie tot de operatie?

De PIP-implantaten zijn enige tijd geleden van de markt gehaald, maar er circuleren ook wetenschappelijke signalen van neveneffecten voor de andere types borstimplantaten. Het gaat bijvoorbeeld over T-celkanker, wat niet niets is. Het gaat zodanig ver dat de Food and Drug Administration waarschuwt en aanzet tot het laten tekenen van een *informed consent* door patiënten die een dergelijk implantaat laten plaatsen.

Overweegt u eenzelfde stap of het onderzoek ernaar? Zijn er eventueel plannen in die richting?

Ook in Frankrijk worden er opnieuw wettelijke initiatieven genomen. In een recent verleden werd er verwezen naar de gevaren. Bent u ook op de gevaren gewezen?

[28.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, met betrekking tot het aantal borstimplantaten dat jaarlijks wordt geplaatst, moeten we een onderscheid maken tussen borstimplantaten die worden geplaatst bij reconstructieve chirurgie, waarbij de prothesen worden terugbetaald, en borstimplantaten die worden geplaatst bij cosmetische chirurgie, waarvoor de prothesen niet worden terugbetaald.

Uit terugbetalingsgegevens van het RIZIV blijkt dat in 2021 2.038 borstimplantaten werden terugbetaald. Dat zijn gegevens per boekjaar. Dat betekent dat de gegevens voor het jaar 2021 betrekking hebben op verstrekkingen die in 2021 bij de ziekenfondsen werden geboekt, ook al werd de verstrekking effectief in 2020 of zelfs al in 2019 verricht. Op basis van de facturatiegegevens voor 2021 kan worden vastgesteld dat 95 % van de terugbetaalde borstimplantaten gevuld zijn met siliconengel, 3 % met een mengsel van siliconengel en fysiologische zoutoplossingen en 2 % met een fysiologische zoutoplossing.

In het geval van borstimplantaten voor esthetische doeleinden blijkt uit een vergelijking van de notificatiecodes voor implantaten met een pseudocode in de nomenclatuur voor niet-vergoedbare implantaten waarvoor een notificatieplicht geldt, dat het jaarlijks aantal gevallen in verplegingsinstellingen geplaatst in 2021 2.964 bedraagt. Daaruit blijkt dat 97 % van de geplaatste implantaten gevuld is met siliconengel en

sont des implants à eau physiologique? Quelles sont les directives? Comment le contrôle de la qualité est-il effectué? Comment le suivi et l'enregistrement des effets secondaires se fait-il? Est-il possible de tracer les implants depuis leur production jusqu'à l'intervention chirurgicale? Certains types d'implants mammaires seraient cancérogènes. Le ministre demandera-t-il une enquête à ce sujet?

[28.02] Frank Vandenbroucke, ministre: En 2021, 2 038 implants de reconstruction mammaire ont été remboursés. Parmi ceux-ci, 95 % étaient remplis de gel de silicone, 3 % d'un mélange de gel de silicone et de sérum physiologique et 2 % de sérum physiologique.

En 2021, 2 964 implants mammaires ont également été posés à des fins esthétiques, dont 97 % étaient remplis de gel de silicone et 3 % de sérum physiologique. Les implants mammaires posés dans les cliniques privées n'ont pas été pris en compte dans ces chiffres.

Les implants mammaires sont des dispositifs médicaux de la classe de risque la plus élevée. Les fabricants doivent satisfaire au règle-

3 % met een fysiologische zoutoplossing. Borstimplantaten geplaatst in privéklinieken maken geen deel uit van die aantallen.

In verband met uw tweede vraag zijn borstimplantaten medische hulpmiddelen van de hoogste risicoklasse, klasse 3. Fabrikanten van medische hulpmiddelen dienen te voldoen aan de Europese verordening betreffende medische hulpmiddelen, EU/2017/745. Om daaraan te voldoen, hebben de fabrikanten die hun borstimplantaten op de Europese markt willen brengen, een CE-certificaat voor die implantaten nodig. Dat certificaat wordt uitgereikt door een derde, onafhankelijke partij, namelijk een aangemelde instantie. Het is aan die aangemelde instantie, die onder toezicht staat van de op het niveau van de lidstaten bevoegde autoriteiten – in België het FAGG – om zowel het volledige technische dossier van het medische hulpmiddel als het kwaliteitsmanagementsysteem van de fabrikant te beoordelen en op te volgen.

In antwoord op uw derde vraag is één van de vereisten voor het verkrijgen van een CE-certificaat dat de fabrikant een post-marketsurveillancestelsel heeft, conform de Europese verordening. Dit systeem dient om relevante gegevens te verzamelen en te analyseren over de kwaliteit, de prestaties en de veiligheid van het CE-gecertificeerd medisch hulpmiddel gedurende de gehele levensduur. Conform de Europese verordening is de fabrikant verplicht ernstige incidenten en correctieve maatregelen die worden genomen op de Belgische markt wegens veiligheidsproblemen, te melden aan het FAGG. In de toekomst zullen de fabrikanten die meldingen moeten invoeren in een Europese databank, de EUDAMED.

Ik kom tot uw vierde vraag. Voor alle borstimplantaten waarvoor een CE-certificaat werd uitgereikt, heeft de fabrikant aangetoond dat de prestaties en de veiligheid bewezen worden geacht voor de gebruiksomstandigheden die door de fabrikant worden beoogd. De artsen hebben vrije keuze uit de verschillende CE-gemarkeerde borstimplantaten die op de Europese markt beschikbaar zijn. Die keuze is afhankelijk van de anatomie van de patiënt en van de wensen van de patiënt, en de mogelijke voorkeur van de arts.

In antwoord op uw vijfde vraag is een borstimplantaatgeassocieerd anaplastisch grootcellig lymfoom één van de risico's verbonden aan borstimplantaten of getextureerde borstimplantaten. Artsen zijn wettelijk verplicht de risico's van de ingreep op voorhand met de patiënt te bespreken. Ook het FAGG waarschuwt voor het risico van BIA-ALCL (Breast Implant Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma) en heeft een webpagina waar zowel informatie voor de patiënten als voor de artsen ter beschikking is.

28.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de verplichting om de risico's met de patiënt te bespreken, mondt niet uit in een *informed consent*. Dat is echter een piste die u zou kunnen onderzoeken. Hoe zult u immers controleren of er een mondelinge melding is over de gevaren, zoals T-cel-kanker? De beweging die vandaag in de Verenigde Staten en in Frankrijk in gang gezet is, is zeker een piste om gezondheidsbewaking te onderzoeken.

Het is immers toch bijzonder dat, wanneer er een mogelijkheid bestaat om met een opvulling van fysiologisch water te werken, men toch nog de voorkeur geeft aan een opvulling met siliconengel. Ik ben zelf geen plastisch chirurg, dus ik weet niet wat de motivering is, maar als patiënt zou ik heel graag correct geïnformeerd worden over beide implantaatmogelijkheden. Ik zou graag de wetenschappelijke basis waarnaar

ment européen relatif aux dispositifs médicaux. Ils doivent disposer d'un certificat CE délivré par un organisme indépendant, qui est l'AFMPS pour la Belgique.

Les données pertinentes concernant la qualité, les performances et la sécurité de ces dispositifs sont récoltées et analysées pendant toute la durée de vie du dispositif. Les fabricants sont tenus de communiquer les incidents graves.

Pour tous les implants mammaires pourvus d'un certificat CE, le fabricant a démontré que les performances et la sécurité sont avérées. Les médecins peuvent librement opérer un choix entre les différents implants mammaires portant un marquage CE disponibles sur le marché.

Un lymphome anaplasique à grandes cellules associé à un implant mammaire constitue un des risques liés aux implants mammaires. Les médecins doivent discuter au préalable de ces risques avec la patiente. L'AFMPS met également en garde contre ce risque.

28.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Aux États-Unis, les patients doivent signer un consentement éclairé. Nous pourrions envisager d'instaurer cette pratique également chez nous. Aujourd'hui, nous ne pouvons pas vérifier si les risques ont été discutés ou non. Pourquoi le gel de silicone est-il toujours utilisé alors que l'eau physiologique constitue une autre option? Il est important que les patients soient correctement informés

men verwijst echt aftekenen in een *informed consent*.

Mijnheer de minister, ik zou u willen oproepen om daarvan werk te maken. U dient te onderzoeken in hoeverre er vandaag gecontroleerd kan worden of de patiënt wel voldoende op de hoogte is. U geeft namelijk aan dat u geen registratie hebt voor wat in privéklinieken gebeurt.

In hoeverre wordt er gecontroleerd of het CE-certificaat via de juiste *notified bodies* verkregen werd? Wat met de afkomst van de verschillende implantaten?

In hoeverre wordt de patiënt, naast de risico's op kanker, geïnformeerd over het BII (*breast implant illness syndrome*), waarover men het vaak heeft? Dat syndroom veroorzaakt namelijk geheugenproblemen, vermoeidheid en gewrichtspijn.

In het belang van de algemene gezondheid van patiënten die een borstimplantaat krijgen, is het absoluut noodzakelijk om daarvoor een afdwingbaar kader te creëren.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

29 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Internationale Gezondheidsregeling (IGR) en het pandemieverdrag van de WGO" (55037624C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De WHO en het pandemieverdrag" (55037703C)

29 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Règlement sanitaire international (RSI) et le traité sur les pandémies de l'OMS" (55037624C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'OMS et le traité sur les pandémies" (55037703C)

29.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de Wereldgezondheidsorganisatie werkt aan een update van de International Health Regulations (IHR) en aan een pandemieverdrag, dat, zo antwoordde u op eerdere vragen van mij hierover, bindende elementen zou bevatten.

Kunt u toelichten hoe ver het ondertussen staat met de update van de IHR? Welke inbreng heeft België gehad bij het opstellen van de update? Wat is de inhoud van de eventuele aanpassingen en wat is de impact van de vernieuwde IHR op de lidstaten? Welke reikwijdte hebben dergelijke IHR? In hoeverre raken ze aan de soevereiniteit van de lidstaten?

Kunt u de stand van zaken van het pandemieverdrag geven? Welke inbreng heeft België hierin gehad? Heeft België amendementen ingediend en zo ja van welke strekking? Welke bepalingen zijn bindend? Wat is de draagwijdte van dergelijk pandemieverdrag? Is er impact mogelijk van een dergelijk verdrag op nationale crisisplannen of nationale of regionale regelgeving en zo ja welke?

29.02 **Dominiek Snelpe** (VB): Mijnheer de minister, mijn vragen liggen in de lijn van die van collega Gijbels. Ik verwijs bijgevolg naar mijn ingediende tekst.

In Genève werd vorige maand de jaarlijkse vergadering van de WHO

des deux options. Le ministre devrait examiner comment on vérifie aujourd'hui si les patients sont correctement informés. Les pratiques dans les cliniques privées ne sont même pas enregistrées. Les patients sont-ils également informés du syndrome de la maladie des implants mammaires, qui entraîne des troubles de la mémoire, de la fatigue et des douleurs articulaires? Un cadre contraignant s'impose à cet égard.

29.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prépare une mise à jour du Règlement sanitaire international (RSI) et travaille à l'élaboration d'un traité sur les pandémies.

Où en est la mise à jour du RSI? Quelle a été la contribution de la Belgique? Quels ont été les ajustements et quel sera l'impact du RSI actualisé sur les États membres? Où en est le traité sur les pandémies? Quelle a été la contribution de la Belgique? Quelles dispositions de ce traité seront-elles contraignantes? Quel impact aura-t-il sur les réglementations nationales ou régionales?

29.02 **Dominiek Snelpe** (VB): *Le mois dernier, l'OMS a négocié à Genève le traité sur les pandémies et la mise à jour du Règlement sanitaire international (RSI).*

georganiseerd, de World Health Assembly (WHA). Tijdens deze editie werd onderhandeld over het pandemieverdrag en de aangepaste Internationale Gezondheidsregeling (IGR).

Wie vertegenwoordigde België op deze vergadering?

De onderhandelingen over het pandemieverdrag en de IGR worden door de Europese Unie gevoerd. Wat is de rol van België hierin?

U gaf eerder al aan dat u de totstandkoming van het pandemieverdrag absoluut steunt maar dat u wel bereid bent om over het pandemieverdrag te debatteren in het parlement. Zijn hier ondertussen al concrete plannen voor?

Op Blackbox lazen we dat de versterking van de WHO via de IGR en het pandemieverdrag gepaard zou gaan met een enorme bureaucratie die naar verwachting jaarlijks maximaal 28,5 miljard euro zal kosten, inclusief 9,2 miljard euro aan nieuwe financiering. Het totale jaarlijkse budget van de WHO is momenteel ongeveer 3,3 miljard euro. Hoeveel draagt België dit jaar bij aan de WHO en zal men dit bedrag optrekken?

U gaf eerder aan dat het pandemieverdrag de internationale samenwerking om toekomstige pandemieën te voorkomen moet faciliteren. We zagen echter dat de WHO enorm zwak opgetreden heeft bij het begin van de pandemie omdat de door China aangestelde communistische directeur Tedros Ghebreyesus aan de leiband van autoritair China liep. China stak alles in de doofpot en de WHO mismeesterde de pandemie vooral tijdens de eerste cruciale fase. Kunnen we zo'n organisatie meer macht geven?

Klopt het dat volgende zaken in het pandemieverdrag of de IGR zouden worden opgenomen en wat vindt u hiervan?

De verruiming van het begrip PHEIC (internationale noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid).

De beslissingsbevoegdheid om een PHEIC af te kondigen komt volledig in handen van de directeur-generaal van de WHO.

Er wordt gezorgd voor nationale steun voor de bevordering van censureactiviteiten door de WHO om te voorkomen dat tegenstrijdige benaderingen en zorgen worden verspreid.

De WHO krijgt controle over bepaalde middelen van het land, inclusief vereisten voor financiële bijdragen, intellectueel eigendom en kennis.

Bestaande IGR-bepalingen die van invloed zijn op individuen worden veranderd van niet-bindend naar bindend, inclusief grenssluitingen, reisbeperkingen, quarantaine, medische onderzoeken en verplichte toediening van vaccins of andere geneesmiddelen.

Noord-Korea werd op de laatste WHA verkozen om lid te worden van de Executive board. Welke impact kan Noord-Korea zo hebben op de WHO? Is de geloofwaardigheid van de WHO hierdoor nog meer aangetast volgens de minister?

Qui y a représenté la Belgique? Est-il prévu d'en débattre au sein de ce Parlement? Le renforcement de l'OMS en vue du RSI et du traité sur les pandémies devrait nécessiter un financement supplémentaire de 9,2 milliards d'euros par an. Quel est le montant de la contribution belge à l'OMS pour cette année? Ce montant sera-t-il augmenté? Peut-on donner plus de pouvoir à l'OMS quand on sait que le directeur de l'OMS, M. Ghebreyesus, était pratiquement tenu en laisse par la Chine au début de la pandémie? Le ministre peut-il commenter davantage les points inclus dans le traité sur les pandémies et dans le RSI? La Corée du Nord a été élue membre du conseil exécutif lors de la dernière réunion. Quel impact la Corée du Nord peut-elle dès lors avoir sur l'OMS? La crédibilité de l'OMS ne s'en trouve-t-elle pas encore davantage entamée?

[29.03] Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, de Belgische delegatie op de World Health Assembly (WHA) bestond uit leden van de permanente vertegenwoordiging van België bij de Verenigde Naties in Genève, de dienst Internationale Betrekkingen van de FOD

[29.03] **Frank Vandenbroucke**, ministre: La délégation belge qui a participé à la réunion de l'OMS était composée de membres de la

Volksgezondheid, de Algemene Afvaardiging Wallonie-Bruxelles bij de VN in Genève en het Departement Kanselarij en Buitenlandse Zaken Vlaanderen.

U vroeg naar de rol van België in de onderhandelingen. Voor de beide processen neemt België, net als andere lidstaten, deel aan EU-coördinatievergaderingen waar tot een EU-standpunt wordt gekomen. Dat standpunt wordt volgens de afgesproken praktische richtlijnen verdeeld. De Europese Commissie voert het woord over EU-bevoegdheden en het voorzitterschap van de Raad van de Europese Unie voert het woord voor de nationale bevoegdheden. Voor de gemengde bevoegdheden wordt afgesproken of de Europese Commissie dan wel het voorzitterschap het woord voert, afhankelijk van het zwaartepunt van de betrokken gemengde bevoegdheden.

Ik ben graag bereid om in deze commissie een debat te organiseren over het ontwerpverdrag als de Kamer dat wenst.

U had een vraag over de kostprijs van het pandemieverdrag, de internationale gezondheidsrichtlijnen en de jaarlijkse financiële bijdrage aan de WHO. Vermits de onderhandelingen nog volop bezig zijn, is het op dit moment niet mogelijk de geschatte kosten te berekenen. Er is ook nog geen enkel akkoord over bijkomende financiering. Ik kan u bijgevolg niet vertellen wat niet geweten is en stel mij vragen bij de betrouwbaarheid van de cijfers die u aanhaalt.

België heeft 26.790.000 euro bijgedragen in het huidige biënnium 2022-2023. Dat bedrag bestaat uit een verplichte bijdrage van een kleine 8 miljoen euro en een vrijwillige bijdrage van ongeveer 19 miljoen. Op de WHA van 2022 hebben de lidstaten zich akkoord verklaard met een geleidelijke verhoging van de verplichte bijdrage, zodat de verplichte bijdrage 50 % uitmaakt van het basisbudget van de WHO tegen ten laatste 2030-2031. Om die redenen zullen de verplichte bijdragen van België voor het biënnium 2024-2025 stijgen tot ongeveer 9,4 miljoen euro.

Voor uw vraag of we de WHO meer macht geven, verwijs ik even naar de preambule en artikelen 1 en 2 van de WHO-constitutie, die duidelijk stelt dat de WHO lidstaten adviseert, maar dat de WHO zelf geen maatregelen kan opleggen. De tekst stelt ook dat landen zelf verantwoordelijk blijven voor hun gezondheidsbeleid. De totstandkoming van het verdrag zal daar niks aan veranderen.

U haalt een aantal vermeende zaken aan die zouden worden opgenomen in het pandemieverdrag en de IGR, maar die kloppen niet. De laatste teksten van zowel het pandemieverdrag als de IGR-amendementen zijn online na te lezen op de officiële website van de WHO. Ik verwijs daarnaar.

Dan kom ik bij uw vraag over de Noord-Koreaanse expert die aangeduid werd voor de Executive Board. De personen die worden aangewezen om in de Executive Board te zetelen, moeten de nodige technische kwalificaties hebben in het gezondheidsdomein. De WHO-constitutie schrijft in artikel 28 de functies van de Executive Board voor. Daartoe behoren onder andere de uitvoering van beslissingen en beleidslijnen van de WHA, advies verlenen aan de WHA en het nemen van noodmaatregelen binnen de functies en financiële mogelijkheden van de WHO. De expert die werd aangewezen door Noord-Korea zal die taak samen met 33 andere experts uitvoeren.

représentation permanente de la Belgique auprès de l'ONU à Genève, du Service des relations internationales du SPF Santé publique, de la Délégation générale Wallonie-Bruxelles auprès de l'ONU à Genève et du Département Kanselarij en Buitenlandse Zaken Vlaanderen.

Pour les deux processus, la Belgique participe aux réunions de coordination de l'UE où une position de l'UE est formulée. La Commission européenne s'exprime sur les compétences de l'UE et la présidence du Conseil de l'UE s'exprime sur les compétences nationales. Pour les compétences mixtes, il est convenu que ce soit la Commission européenne ou la présidence qui s'exprime.

Je suis toujours disposé à organiser un débat sur le projet de traité au sein de cette commission.

Les négociations étant toujours en cours, il n'est pas encore possible de calculer les coûts. Il n'y a pas non plus d'accord sur un financement supplémentaire. C'est pourquoi je m'interroge également sur la fiabilité des chiffres qui viennent d'être cités. Quoi qu'il en soit, la Belgique a contribué à hauteur de 26 790 000 d'euros en 2022-2023: un peu moins de 8 millions d'euros de contribution obligatoire et environ 19 millions d'euros de contribution volontaire. Lors de l'Assemblée mondiale de la Santé 2022, les États membres ont convenu d'une augmentation progressive de la contribution obligatoire afin qu'elle constitue 50 % du budget de base de l'OMS au plus tard en 2030-2031. Les contributions obligatoires de la Belgique pour 2024-2025 passeront donc à environ 9,4 millions d'euros.

Conformément au préambule et aux articles 1 et 2 de la Constitution de l'OMS, l'OMS donne des conseils aux États membres, mais ne peut pas imposer de mesures. Les pays restent responsables de leur propre politique de santé.

Mevrouw Gijbels, dan kom ik bij uw vragen. Wat het pandemieverdrag betreft, werd de laatste onderhandelings tekst op 22 mei gepubliceerd. De tekst werd vorige maand voor een eerste keer besproken tijdens de vijfde Intergovernmental Negotiating Body (INB) meeting. De volgende bespreking, INB 6, zal plaatsvinden van 18 tot 22 juli.

Of bepaalde artikelen al dan niet bindend zijn, zal afhangen van, ten eerste, de collectieve wens van de lidstaten van de WHO en, ten tweede, de juridische basis van het verdrag in de WHO-constitutie. Die basis moet nog worden vastgesteld door de lidstaten. Als het verdrag wordt aangenomen onder artikel 19 van de WHO-grondwet, moet een land dat verdrag eerst ratificeren voor het van kracht kan worden in dat land. Het gaat dus eigenlijk over een opt-in. Als het instrument onder artikel 21 wordt aangenomen, wordt het meteen van kracht voor alle WHO-lidstaten, tenzij een land expliciet aangeeft hiermee niet akkoord te gaan. Dan hebben we een opt-out.

De Internationale Gezondheidsregeling werd in 2005 aangenomen op basis van artikel 21 van de WHO-grondwet. Onderhandelingen omtrent de herziening van de IGR zijn nog steeds lopende.

De World Health Assembly zal volgend jaar de amendementen aannemen waarover alle partijen het eens zijn. Het is dus te vroeg om de impact van de geamendeerde IGR in te schatten.

Voor de twee processen nam België, net als de andere EU-lidstaten, deel aan de EU-coördinatievergadering waar tot een EU-standpunt wordt gekomen. Ik gaf de belangrijkste Belgische prioriteiten al eerder mee in mijn antwoord van 21 februari.

S'agissant du contenu, je renvoie aux derniers textes à la fois du traité sur les pandémies et des amendements au RSI, tels que disponibles sur le site officiel de l'OMS.

Un expert nord-coréen a été désigné pour le Conseil exécutif et de telles personnes doivent avoir les qualifications techniques requises à cet effet. La Constitution de l'OMS définit les fonctions du Conseil exécutif à l'article 28. L'expert désigné par la Corée du Nord exécutera cette tâche avec 33 autres experts.

En ce qui concerne le traité sur les pandémies, le dernier texte de négociation a été publié le 22 mai et a fait l'objet d'une première discussion le mois dernier lors de la cinquième réunion de l'organe intergouvernemental de négociation. La prochaine discussion est prévue du 18 au 22 juillet.

Le caractère contraignant ou non de certains articles dépend du souhait collectif des États membres de l'OMS et de la base juridique du traité dans la Constitution de l'OMS. Cette base doit encore être définie par les États membres. Si le traité est adopté en vertu de l'article 19, un pays devra d'abord ratifier ce traité avant qu'il puisse entrer en vigueur. Si l'instrument est adopté en vertu de l'article 21, le traité entrera immédiatement en vigueur pour tous les États membres de l'OMS, à moins qu'un pays ne marque explicitement son désaccord à cet égard.

Le RSI a été adopté en 2005 sur la base de l'article 21 de la Constitution de l'OMS. Les négociations sur la révision du RSI sont en cours.

L'année prochaine, l'Assemblée de l'OMS adoptera les amendements convenus par toutes les parties. Nous ne pouvons donc pas encore estimer l'impact du RSI amendé.

Pour les deux processus, la Belgique a participé à la réunion de coordination de l'UE.

29.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, hier bestaat wel wat ongerustheid over. Ik weet niet zeker of ik het laatste voorstel van geamendeerde tekst heb gezien, maar in de IGR-tekst staat dat de WHO een coördinerende autoriteit bij een bedreiging van de volksgezondheid zou zijn. Men kan ook ingrijpen in de verdeling van diagnostische en therapeutische producten en in de verdeling van vaccins en beschermmateriaal. Men zou kunnen bepalen wie eerst aanspraak op bepaalde producten zou kunnen maken. Men zou ook kunnen ingrijpen op de binnenlandse productie en de uitvoer van bepaalde producten kunnen verplichten. Men zou invloed hebben op de wetgeving inzake intellectueel eigendom.

Als de tekst dergelijke elementen bevat, lijkt het mij toch zeer belangrijk om daarover van gedachten te wisselen, ook in het Parlement. Ik wil aan het secretariaat en de voorzitter vragen om een datum te bepalen om grondig over die tekst in dialoog te gaan, zodat daarover geen onduidelijkheid kan bestaan. Mochten er zaken instaan die effectief bindend kunnen zijn voor ons land, dan is het belangrijk om dat op voorhand goed te kunnen inschatten.

29.05 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoorden.

Zoals u weet, stond en staat het Vlaams Belang zeer kritisch tegenover de WHO. Dat op de jongste vergadering Noord-Korea verkozen werd tot lid van de raad van bestuur heeft ons vertrouwen in die instelling zeker niet vergroot.

De impact van het pandemieplan van de WHO op de soevereiniteit van de lidstaten verontrust ons ook. U zegt wel dat het niet bindend is, maar een van de amendementen zou bepalen dat de directeur-generaal van de WHO zelf kan beslissen dat er een pandemie uitgebroken is. Dat verontrust ons zeker.

Als zo'n plan gecreëerd en goedgekeurd wordt, zouden wij dat graag voordien in het Parlement behandelen, zodat het hier, waar de vertegenwoordigers van het volk zetelen – die in tegenstelling tot de leden van de WHO democratisch verkozen zijn – kan besproken worden. Het zou u en de vertegenwoordigers van België dus sieren, mocht dat plan eerst naar het Parlement komen.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 55037636C van mevrouw Fonck, 55027638C van mevrouw Gijbels en 55037840C van mevrouw Rohonyi worden uitgesteld.

30 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van het Comité voor Bio-ethiek betreffende het bezoekreht in ziekenhuizen" (55037647C)

30 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du Comité de Bioéthique concernant le droit de visite dans les hôpitaux" (55037647C)

30.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek publiceerde recent een nieuw advies naar aanleiding van een brief van het AZ Sint-Elisabeth uit Zottegem. Daarin werd het stringente bezoekverbod in het ziekenhuis in de covidpandemie aangehaald en werd de vraag gesteld hoe we in de toekomst zouden moeten omgaan met het bezoekreht in uitzonderlijke situaties.

29.04 Frieda Gijbels (N-VA): Le texte du RSI prévoit toutefois que l'OMS jouerait le rôle d'une autorité de coordination en cas d'une menace pour la santé publique. On peut également intervenir dans la distribution des produits diagnostiques et thérapeutiques et dans la distribution des vaccins et du matériel de protection. On pourrait imposer d'autres dispositions restrictives. Il me semble dès lors qu'il est très important d'en discuter au Parlement. Je souhaite demander au secrétariat et au président de fixer une date à cet effet.

29.05 Dominiek Snelpe (VB): Le Vlaams Belang est très critique à l'égard de l'OMS. Le fait que la Corée du Nord ait été élue membre du conseil d'administration lors de la dernière réunion n'a certainement pas renforcé notre confiance. L'impact du plan pandémie de l'OMS sur la souveraineté des États membres nous inquiète également. L'un des amendements consisterait à permettre au directeur général de l'OMS de décréter lui-même qu'une pandémie s'est déclarée. Si un tel plan est adopté, nous aimerions d'abord en discuter ici au Parlement.

30.01 Frieda Gijbels (N-VA): Dans un avis récent, le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique propose une mise à jour de la boussole éthique élaborée lors de la crise du coronavirus. Quelles leçons le ministre tire-t-il de la crise

Ook na de covidpandemie blijft die vraag relevant, onder andere ter voorbereiding van mogelijke toekomstige epidemieën of pandemieën. In het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek wordt een update voorgesteld van het zogenaamde ethisch kompas dat in de covidcrisis werd opgesteld.

Is er een debriefing geweest met ziekenhuizen, zorginstellingen en zorgverstrekkers over bijvoorbeeld de aangepaste bezoeksregeling tijdens de covidcrisis? Indien ja, wat is daarvan de conclusie? Indien neen, zal dat nog gebeuren?

Wat zijn volgens u de lessen die moeten worden getrokken uit de covidcrisis met betrekking tot de bezoeksregeling? Welke maatregelen of gevolgen worden daaraan verbonden? Acht u het wenselijk dat er richtlijnen van bovenaf worden opgelegd? Indien ja, in welke omstandigheden?

Het Comité haalt aan dat het ziekenhuisnoodplan eigenlijk niet werd gebruikt, maar dat er binnen een specifiek nieuw juridisch kader moest worden geopereerd. Zijn de ziekenhuisnoodplannen overal operationeel en welke bepalingen bevatten die eventueel met betrekking tot de bezoeksregeling?

Wat is volgens u in dezen de rol van de ziekenhuishygiënist, de hoofdarts en de commissie voor medische ethiek van een ziekenhuis? Moeten zij volgens u de mogelijkheid hebben een eigen beleid uit te schrijven, voor zover dat goed onderbouwd is, zelfs in crisissituaties? Wanneer er restrictieve maatregelen worden genomen, op welke manier vindt u dat er transparantie moet worden verschaft en de democratische controle moet worden gegarandeerd?

Het Comité voor Bio-ethiek haalt in zijn besluit aan dat er voor de eerstelijnszorg niet in ethische begeleiding is voorzien. Acht u dat nodig? Moeten er maatregelen worden genomen? Werd hierover gereflecteerd met zorgverstrekkers? Zal dat advies leiden tot een aanpassing van het ethisch kompas? Indien ja, zal dat ook aan de ziekenhuizen worden bezorgd?

[30.02] Minister Frank Vandenbroucke: Het ethisch kompas voor keuzes omtrent bezoeksregelingen in tijden van corona is een document van de Vlaamse overheid. Sta mij toe om mij niet uit te spreken over de wensbaarheid van het vernieuwen van documenten van overheden waarvoor ik niet bevoegd ben.

Een bezoeksregeling, zeker tijdens COVID-19, is geen eenvoudige zaak. We hebben dat meegemaakt. Dat zijn gevoelige, delicate kwesties. Het beheren van complexe stromen van mensen, patiëntenstromen, bezoekersstromen en werknemersstromen in een ziekenhuis vraagt veel planning, afstemming, maatwerk op een microniveau met respect voor de privacy van de patiënten, de wensen en de behoeften van de patiënten en hun zorgtrajecten. Men moet natuurlijk ook rekening houden met de organisatorische en architecturale realiteiten van elke individuele instelling en elke campus. Binnen die microbenadering zijn de expertise van een aantal kernfiguren van essentieel belang. Ik denk dan aan de ziekenhuishygiënist en de hoofdarts, maar ook experts in interne mobiliteit en veiligheid en aan vertegenwoordigers van de patiënten zelf.

Net omdat een bezoeksregeling maatwerk vraagt en niet generiek kan

du coronavirus en ce qui concerne les modalités de visite?

Le plan d'urgence hospitalier n'a pas été utilisé. On a dû agir dans un nouveau cadre juridique spécifique.

Les plans d'urgence hospitaliers sont-ils opérationnels partout? Contiennent-ils des dispositions relatives aux modalités de visite? Quel est le rôle de l'hygiéniste hospitalier, du médecin-chef et du comité d'éthique médicale d'un hôpital à cet égard?

Le Comité consultatif de Bioéthique souligne qu'aucun accompagnement éthique n'est prévu pour les soins de première ligne.

Le ministre estime-t-il qu'un tel accompagnement est nécessaire? La boussole éthique sera-t-elle mise à jour? Le cas échéant, sera-t-elle également mise à la disposition des hôpitaux?

[30.02] Frank Vandenbroucke, ministre: La boussole éthique pour les choix concernant les modalités de visite en période de pandémie est un document des autorités flamandes.

Il n'est pas évident de déterminer les modalités de visite, en particulier en période de pandémie. Un tel règlement nécessite beaucoup de planification et de coordination et une approche sur mesure au niveau micro. L'expertise d'un certain nombre de personnages clés est essentielle: l'hygiéniste hospitalier et le médecin-chef, ainsi que des experts en mobilité interne et en sécurité, et des représentants des patients eux-mêmes.

worden opgemaakt, heeft het Hospital Transport & Surge Capacity Committee bij de verschillende vragen die ze heeft gekregen telkens opnieuw verwezen naar de basisprincipes die werden opgenomen in het ethisch kompas, maar het comité is nooit zelf overgegaan tot generieke bezoekenregelingen.

Op uw vraag naar het ziekenhuisnoodplan kan ik u melden dat alle ziekenhuizen tijdens de covidcrisis hun ziekenhuisnoodplan hebben geactiveerd. Als zij dat niet spontaan hebben gedaan, dan hebben ze dit op de uitdrukkelijke vraag van het Hospital Transport & Surge Capacity Committee gedaan.

Hoewel er binnen een ziekenhuisnoodplan waarschijnlijk nergens een generieke bezoekenregeling zal kunnen worden gevonden, zal er binnen die plannen zeker zijn nagedacht over het beveiligen, in alle mogelijke interpretaties van dat woord, van de interne stromen binnen het ziekenhuis.

30.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u stelt dat het om maatwerk gaat. Ik ben het er ook mee eens dat een dergelijk plan iets heel delicaats is, waarbij verschillende belangen tegen elkaar moeten worden afgewogen, alsook de mentale impact van het plan op zowel patiënten als bezoekers. Dat is inderdaad iets wat in rekening moet worden gebracht, maar dat heel moeilijk af te wegen is tegenover het risico van infectieverspreiding van een epidemie.

Ik ben het er helemaal mee eens dat het om iets heel moeilijks gaat, maar ik ben blij dat u stelt dat het om maatwerk gaat.

De ziekenhuishygiënist, de hoofddarts en de patiëntenvertegenwoordigers moeten volop bij de plannen worden betrokken. Het mag ook duidelijk zijn dat zij daarin kunnen beslissen. Voor zover dat al het geval was, was dat immers niet altijd even duidelijk. Het idee leefde dat de bezoekenregeling opgelegd was van bovenaf. Het is dus goed dat u nog eens aanhaalt dat een en ander de autonomie moet zijn van een specifieke omgeving.

Wat wel jammer is, is dat u niet bent ingegaan op de vraag of er al een debriefing is geweest alsook of de ervaringen van de ziekenhuizen en de zorginstellingen met de bezoekenregelingen en de beperking ervan al zijn gecapteerd. Dat zijn immers lessen die we hebben geleerd en die we moeten meenemen voor de toekomst en waaruit we volgens mij heel interessante conclusies kunnen halen.

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

30.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, ik wil ter afsluiting van de vergadering nog even terugkomen op wat u zei over de borstimplantaten. Dat was interessant, maar ik ben niet zeker, ik wil er dus later nog eens op terugkomen.

Ik zei dat de arts de patiënt moet informeren. U repliceerde toen dat er *informed consent* zou moeten zijn. In algemene zin is *informed consent*

Le Comité Hospital & Transport Surge Capacity (HTSC) s'est toujours référé aux principes de base de la boussole éthique lorsque des questions se posaient. Il n'a jamais fixé lui-même de modalités de visite génériques.

Tous les hôpitaux ont activé leurs plans d'urgence hospitaliers pendant la crise du coronavirus. S'ils ne l'ont pas fait spontanément, ils l'ont fait à la demande expresse du HTSC.

Même si le plan d'urgence hospitalier ne prévoit sans doute pas de règlement générique des visites, il y aura certainement eu, dans le contexte de ce plan, une réflexion sur la sécurisation, dans toutes les interprétations du mot, des flux internes à l'hôpital.

30.03 Frieda Gijbels (N-VA): Je me réjouis de la remarque du ministre à propos du sur-mesure. On pourrait croire que le règlement des visites soit imposé par les organes décideurs. Je salue le fait que le ministre souligne que l'organisation des visites relève de l'autonomie d'un environnement spécifique, mais il n'a rien dit au sujet d'un débriefing.

30.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Ce que Mme Depoorter a dit à propos des implants est intéressant.

een basisprincipe in onze gezondheidszorg. Er moet dus *informed consent* zijn. Misschien doelde u op een schriftelijke procedure?

30.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Ja.

30.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil daarover nadenken. Ik zie daarvan de voor- en de nadelen. Het voordeel is dat er iets wordt gestroomlijnd. Het nadeel is dat ik betwijfel of een schriftelijke procedure de patiënt op het terrein veel meer beveiligt. Er wordt dan een papier voorgelegd, dat de patiënt misschien snel zal ondertekenen. Eigenlijk zal dat de patiënt niet noodzakelijkerwijze veel helpen bij een betwisting. Ik zal het evenwel verder bekijken.

U denkt dus werkelijk dat dat schriftelijk moet?

30.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Er is op dat moment, wanneer er een betwisting is, nergens bewijsmateriaal, ook al kunnen die borstimplantaten daar levenslang zitten. Het wordt dan een verhaal van woord tegen woord. Bij een schriftelijke *informed consent*, dat dus ondertekend is, kunnen zowel de arts als de patiënt daarop terugvallen. Zij kunnen dan verwijzen naar het feit dat wel degelijk besproken werd dat er een risico is gekoppeld aan die implantaten, waarin silicone als opvulling aanwezig is. Dat is de heersende strekking in Frankrijk en de Verenigde Staten. Men gaat daar toch wat strikter reguleren.

Ik vind het heel eigenaardig. Volgens mijn opzoeken is een implantaat gevuld met water, een beetje goedkoper dan een implantaat gevuld met siliconengel. Dan begrijp ik niet waarom er voor 97 % wordt gegrepen naar implantaten met siliconen, waaraan evident een gezondheidsrisico is verbonden. Voor de wetgever is het belangrijk dat risico te onderschrijven en ervoor te zorgen dat er kan worden gecontroleerd en getraceerd.

30.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal mijn administratie om advies vragen. Er is wat aarzeling, want het is niet omdat er een papier werd voorgelegd, dat een patiënt het goed heeft begrepen. Misschien werd het niet goed uitgelegd. Misschien heeft de patiënt het papier snel ondertekend en is dan eerder de dupe dan ermee geholpen.

Ik bekijk het, we kunnen het er later nog over hebben. Dank u voor de suggestie.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.23 uur.
La réunion publique de commission est levée à 18 h 23.*

30.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Je veux réfléchir sur le consentement éclairé par le biais d'une procédure écrite, mais il y a des avantages et des inconvénients. Je ne sais pas si une procédure écrite offre davantage de sécurité au patient.

30.07 Kathleen Depoorter (N-VA): En cas de litige, existe-t-il des preuves dont il ressort qu'on a bien indiqué qu'il existe un risque lié à ces implants? Je pense à la France et aux États-Unis à cet égard.

30.08 Frank Vandenbroucke, ministre: Je solliciterai l'avis de mon administration. Je vous remercie pour cette suggestion.