

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 Healthprocedure 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.

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.

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?

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?

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 akkoorden- 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 vorderingen.

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 gezondheidseconomische 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 overgangsfinanciering 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 Kinesithérapie en de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen wordt gewerkt aan 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 de tijd vordert, zullen we alsmäär meer digitaliseren. Personeelsschaarste 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?

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 prêter 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.

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?

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 alcoholverslaving 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 donneurs 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?

04.02 **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 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.

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'elles.

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.

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 dieetconsultaties voor kinderen met overgewicht of obesitas.

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.

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.

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 diëtetiekverstrekkingen 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 diëtetiekverstrekkingen 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.

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 verwijsbrief 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 belangrijkere rol zal spelen in geïntegreerde zorg.

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 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 ze 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 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 gezondheidszorgsysteem, 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 allerlei 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.

06.04 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 (opvolgvrage)" (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, opticiens, 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?

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 opticiens.

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 voorafgaandelijk is langsgedaan 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 experts 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 opticien 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 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.

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 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.

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

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.

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 aanvangen.

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 Snelpe 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 Snelpe 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 Snelpe** (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 worden, zal dat dan niet de wachttijden 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 Intermutualistisch Agentschap, waarin bedragen worden gegeven voor 2021. Het totaal van de ereloonsupplementen voor MRI en CT-scans bedroeg in dat jaar 24 miljoen euro. Ter vergelijking, de totale massa aan ereloonsupplementen waarvan de ziekenhuizen een deel 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 Snelpe, 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 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 speed, 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, rechtekken. 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 ereloonsupplementen 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 ereloonsupplement 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 ereloonsupplementen 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.

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 toenadering 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.

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 ereloonsupplementen 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 ereloonsupplementen. 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 ereloonsupplementen, maar ook niet van een verbod erop. Dat is een interessante en duidelijke positie.

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 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.

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

10.03 Dominiek Sneppe (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?

Dat de conventietarieven correct moeten zijn, lijkt mij nogal wieses. 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.

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

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

11.01 Dominiek Sneppe (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.

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, 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.

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.

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.

Bij deze 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.

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?

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 Commission 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 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 mogelijk worden ingezet. Daarom is integratie van zorg over de grenzen van bevoegdheden en disciplines 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, 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 covidpandemie 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, informatieuitwisseling en signaalfunctie die door de nieuwe nationale drugscoördinator werd opgestart?

Kunt u een inschatting maken van het tijdschema waarbinnen een 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 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 tattoo's. 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 tattoo-sector? 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.

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.

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 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 vermoed dat er nagmaakte 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 hanteren. 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, 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 beteugeld 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 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 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 Informatieveiligheidscomité? 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 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 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 wijzigt 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 Corilius 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 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.

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.

17.05 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.

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 sous cette législation?

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 citiez 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 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 Prédом. 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. 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?*

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 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.

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

21 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)

21.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de verhuis 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 gedachtewisseling 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 amendementen 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 verminderd 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 Sneye (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 verspild 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 omringende 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 génétique 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?

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.

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.

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 vaccinbeheer. 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 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.

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 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 gemotiveerde 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-geunde 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.

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. Hebt u de verhuizing dan meegenomen in de totaalcostprijs 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 gegooit. 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 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 Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Baarmoederhalskankerscreening" (55037585C)

24 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer du col de l'utérus" (55037585C)

24.01 Dominiek Sneppe (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 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?

[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.

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.

De huidige cytologische screening heeft een jaarlijkse kostprijs van 27 miljoen euro.

Wanneer er bij de tweede lezing van de cytologische test een aangetoonde 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.

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.

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.

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 prekanker 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.

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.

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.

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 zorgneden, 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 precare 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 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 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?

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.

26.03 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...

26.04 Minister Frank Vandenbroucke: Beloftes? Ik heb veel zorgen, en een ervan is dat ik dat plan wil afkloppen, maar ik ben niet alleen.

26.05 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 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 afwachtend en hoop snel op vooruitgang.

*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, psychiquement, 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 Piedbœuf, 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.

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.

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.*

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 implantaten lekten en dus een aanzienlijk gezondheidsrisico vormden. In Nederland en

in de 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 waterimplantaten 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-cel-kanker, 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 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 stelsel 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 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 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 censuuractiviteiten 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?

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 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 verdedigd. 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.

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.

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 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 bezoekerrecht 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 bezoeksverbod in het ziekenhuis in de covidpandemie aangehaald en werd de vraag gesteld hoe we in de toekomst zouden moeten omgaan met het bezoekerrecht in uitzonderlijke situaties.

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 worden opgesteld, 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 hoofdarts 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* 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.*