

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 18 JUILLET 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 18 JULI 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 07 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.07 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55037288C van mevrouw Merckx wordt op haar vraag omgezet in een schriftelijke vraag.

01 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekte van Parkinson" (55037556C)

01 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La maladie de Parkinson" (55037556C)

01.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de ziekte van Parkinson is een chronische ziekte met ingrijpende motorische en niet-motorische symptomen. De ziekte is invaliderend. De patiënt ontwikkelt alsmaar meer zorgnoden en boet in aan levenskwaliteit. Het verloop is individueel verschillend en onvoorspelbaar.

Er bestaat tot nu geen behandeling die de ziekte geneest of de progressie afremt. De aanpak is gericht op symptoomcontrole. Dat vraagt de inzet van een multidisciplinair team, waaronder een neuroloog, parkinsonverpleegkundige, huisarts, kinesitherapeut, maatschappelijk werker en eventueel een logopedist, psycholoog, psychiater, diëtist en ergotherapeut. De ziekte treft in België naar schatting 3 op de 1.000 mensen. Het is meer dan een ouderdomsziekte. Terwijl de meeste patiënten na 65 jaar met de ziekte worden geconfronteerd, krijgt 15 % van hen de diagnose voor het vijftigste levensjaar.

De Vlaamse Parkinson Liga schreef een open brief met twaalf beleidsvoorstellen. Hebt u die brief ontvangen? Ik ga ervan uit dat dat het geval is. Wat vindt u van de beleidsvoorstellen en welke zult u implementeren? Zult u overleg plegen met de deelstaatministers?

De **voorzitter**: Mijnheer De Caluwé, dank u voor uw vraag. Mijn moeder heeft ook de ziekte van Parkinson gehad en zij is twee maanden geleden overleden. Het is voor mij een belangrijk onderwerp.

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil aansluiten bij wat de voorzitter heeft gezegd. De ziekte van Parkinson is ernstig en het aantal patiënten die eraan lijden, stijgt snel. Dat is een reden waarom we ons daarover zorgen moeten maken. Ik heb nog niet zo lang geleden een gesprek daarover gehad met een Nederlandse topexpert over de Nederlandse aanpak qua zorgcoördinatie en de mogelijke oorzaken voor de snelle toename van het aantal parkinsonpatiënten. Dat houdt mij sterk bezig.

Ik heb inderdaad kennisgenomen van de twaalf beleidsvoorstellen van de Vlaamse Parkinson Liga. Ik kan eerlijk gezegd niet gemakkelijk in mijn huidige functie een omvattend en goed antwoord geven op die twaalf voorstellen. Om te beginnen, zijn sommige van die voorstellen gericht op Vlaamse

bevoegdheden. Andere voorstellen zijn gericht op federale bevoegdheden, maar dan niet altijd bevoegdheden die onder mijn gezag ressorteren. Ik wil dat niet als excuus gebruiken, maar het is wel een reden om wat voorzichtig te antwoorden. Wetenschappelijk onderzoek is mijns inziens zeer belangrijk, maar de staatssecretaris van Wetenschapsbeleid moet op dat vlak optreden en vragen daarover beantwoorden.

Het illustreert de complexiteit van onze staatsstructuur inzake gezondheidszorg dat sommige van de voorstellen de betrokkenheid van verschillende instanties en regelgevingen op de verschillende bevoegdheidsniveaus impliceren. Dat maakt het soms wel moeilijk. Men bepleit bijvoorbeeld één instantie die de zorgbehoeften van de parkinsonpatiënt evalueert voor alle verschillende betrokken instanties, één centraal loket voor de parkinsonpatiënt dus. Maar dat is wel moeilijk, want in ons land heeft men te maken met ziekenfondsen, het RIZIV, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, de VDAB, de RVA en het Vlaams Agentschap Wonen. Dat zijn verschillende instanties op verschillende niveaus met verschillende regelgevingen. Het is goed te begrijpen dat de Parkinson Liga graag één loket zou hebben voor al die problemen. Die behoefte bestaat ook voor heel wat andere ziektes, maar dan moet men voor elke ziekte een loket openen en dat is niet goed te doen.

Het voorstel is dus niet eenvoudig uit te voeren, als men er wat verder op doordenkt. Het zegt wel iets over de moeilijkheden waarmee chronische patiënten ondanks alle goede wil, op alle niveaus kampen om de juiste weg te vinden door een heel bos van instanties en loketten waar ze terecht moeten.

In die zin vind ik de 12 beleidsvoorstellen een interessante uitdaging. Met mijn petje niet van federaal minister van Sociale Zaken, maar van geïnteresseerde burger of lid van mijn partij, zou ik zeker die voorstellen grondig willen bestuderen en nadenken over wat we daarvan kunnen waarmaken in een volgende legislatuur.

Op een bepaalde manier geven we wel een antwoord met een recent goedgekeurd pilootproject. We maken het de Vlaamse Parkinson Liga en de Association Parkinson mogelijk om 12 medewerkers aan te werven, uitgedrukt in VTE's, 6 aan Franstalige en 6 langs Nederlandstalige zijde, die *case management* op zich zullen nemen. Die uitdrukking is mogelijk wat verwarrend. Daarbij zullen ze patiënten helpen om hun specifieke noden, behoeften en vragen goed aan bod te laten komen in het uittekenen en opvolgen van hun multidisciplinaire zorgtraject als patiënt met de ziekte van Parkinson.

Ik gebruik de uitdrukking casemanagement voorzichtig, omdat men daaraan verschillende betekenissen geeft. Hier gaat het over een pathologiegeoriënteerde ondersteuning van een patiënt, zodat hij de weg kan vinden in een multidisciplinair aanbod, op basis van al zijn noden en zorgen.

Ik maak in het kader van het project, dat een proefproject is, 1.050.514 euro vrij, netjes verdeeld over de Vlaamse Parkinson Liga en de Association Parkinson. Ik kan u de tabel geven, zodat u de cijfers hebt en als u dat wenst, kan ik u ook de heel recente beslissing van het Verzekeringscomité geven. U zult zien dat daarmee deels een antwoord op voorliggend probleem wordt gegeven. We bieden immers op basis van de specifieke pathologie ondersteuning aan de patiënt in zijn zoektocht naar de juiste weg.

Ik heb overigens hetzelfde beslist voor de MS-Liga, voor patiënten met Huntington en voor patiënten met ALS. Daar zijn bijkomende budgetten voor. De patiëntenorganisaties zullen dus een veel sterkere rol kunnen opnemen. De MS-Liga deed dat al en we bouwen voort op de heel nuttige ervaring die zij heeft opgebouwd. Ik hoop dat de Parkinson Liga daarvan heel goed zal kunnen gebruikmaken. Op die manier zullen we misschien ook een beter inzicht krijgen in wat de overheid moet doen, zodat patiënten hun weg vinden in het brede hulp- en zorgaanbod.

01.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord.

De twaalf beleidsvoorstellen van de Vlaamse Parkinson Liga hebben inderdaad niet alleen betrekking op uw bevoegdheden. Uiteraard zal ik ook bij uw collega's op de kwestie terugkomen. Ik zal die ook met mijn partijgenoten in het Vlaams Parlement mee opvolgen.

U schetst terecht dat een aantal voorstellen moeilijk te realiseren zijn in de huidige staatsstructuur. We delen dezelfde bezorgdheid hoe we een en ander efficiënter kunnen organiseren.

Ik ben wel heel blij met de initiatieven binnen uw bevoegdheden, waaronder een bijkomende

ondersteuning via de patiëntenverenigingen en ben ervan overtuigd dat zij daarvan goed gebruik zullen maken. Voorts ben ik tevreden dat u mij tabellen bezorgt. Misschien kunnen die via het secretariaat met de commissarissen worden gedeeld.

De **voorzitter**: Mijnheer De Caluwé, we kunnen de tabellen inderdaad verspreiden onder de leden. Ik dank u voor de suggestie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture des gardes psychiatriques de nuit de l'hôpital Van Gogh" (55037617C)

- Laurence Hennuy à Vincent Van Quickenborne (VPM Justice et Mer du Nord) sur "La fermeture de services d'urgences psychiatriques et l'impact sur les parquets" (55037619C)

02 Samengevoegde vragen van

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stopzetting van de psychiatrische nachtdienst in het ziekenhuis Van Gogh" (55037617C)

- Laurence Hennuy aan Vincent Van Quickenborne (VEM Justitie en Noordzee) over "De sluiting van psychiatrische spoeddiensten en de impact daarvan op de parketten" (55037619C)

Le **président**: Madame Hennuy, vos deux questions jointes ont finalement été adressées au seul ministre Vandenbroucke.

02.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Merci, monsieur le président. Monsieur le ministre, j'avais déposé la question au ministre Van Quickenborne afin d'avoir son regard sur le sujet. Les deux questions étaient, en substance, identiques.

Le service d'intervention de crise et d'urgence psychiatrique de l'hôpital Vincent Van Gogh à Marchienne-au-Pont accueille 24h / 24 des personnes présentant une situation urgente, qu'elle soit psychiatrique ou psychosociale. Ce service a été mis en place en 1992, au départ comme un projet pilote avec les hôpitaux Brugmann et Stuyvenberg, pour réduire le nombre d'hospitalisations dans le cadre de souffrances psychosociales.

Dans les faits, 60 à 70 % des patients pouvaient repartir sans avoir fait l'objet d'une hospitalisation, alors que d'autres patients en situation réelle de crise pouvaient séjourner jusqu'à cinq jours, le temps de se poser, de mettre en mots leurs difficultés, de pouvoir prendre du recul, d'être entendus et apaisés.

Depuis ce 1^{er} juillet, son service de garde psychiatrique de nuit et de week-end est fermé et les patients sont renvoyés vers les services d'urgence classique et, en cas de besoin, vers des médecins psychiatres appelés. L'ISPPC évoque une décision prise en raison du coût mais aussi à la demande des médecins. En effet, les gardes au sein du service sont devenues de plus en plus difficiles à organiser, avec deux tiers de médecins âgés de plus de 55 ans et la difficulté persistante d'en recruter de nouveaux pour les épauler.

À l'origine, ce service de garde était financé par les autorités fédérales mais, depuis plusieurs années ce n'était plus le cas, et l'intercommunale en assurait la charge financière, soit 500 000 euros par an. L'hôpital Van Gogh était l'un des derniers du pays à assurer des gardes psychiatriques la nuit et le week-end. C'est un service plus que nécessaire, notamment pour les parquets du procureur du Roi qui avaient la possibilité de placer en urgence des prévenus en décompensation.

Sans alternative, ces parquets n'ont d'autre choix que la prison ou la cellule, qui ne sont pas équipées pour prendre en charge des personnes dans cet état.

Monsieur le ministre, quelles sont les raisons qui ont présidé à la décision de ne plus financer les services d'intervention de crise et d'urgence psychiatriques à l'époque? Quel modèle alternatif était-il alors préconisé? Par ailleurs, vous avez travaillé avec le ministre de la Justice pour améliorer la prise en charge sanitaire des personnes en détention. Avez-vous également abordé la question des

prévenus qui présentent des troubles psychiatriques?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, il m'est difficile de commenter les décisions prises par mes prédécesseurs. Il est vrai qu'une expérience concernant les soins psychiatriques en crise a été financée par le gouvernement fédéral de l'époque. Le projet pilote en question s'est déroulé sur deux périodes consécutives de trois ans. Pour les institutions concernées, c'est-à-dire l'hôpital Vincent Van Gogh à Marchienne-au-Pont, l'hôpital Brugmann à Bruxelles et l'hôpital général Stuivenberg à Anvers, les contrats ont pris fin le 31 décembre 1997.

L'hôpital universitaire de Gand, qui s'était engagé à superviser l'étude, a remis un rapport final. Il a été décidé à l'époque qu'il était nécessaire que ces trois institutions puissent poursuivre leur travail. Ainsi, leurs contrats ont été renouvelés.

En 2006-2007, le SPF Santé publique a interpellé à de multiples reprises l'hôpital en question afin qu'il prenne les mesures nécessaires pour se mettre en conformité avec les exigences contractuelles. Or, ces exigences n'ont pas été respectées de manière suffisante. Dès lors, et sur recommandation du SPF Santé publique, le ministre compétent à l'époque, M. Donfut, a mis fin au contrat. Les raisons pour lesquelles le contrat a été arrêté portaient sur l'encadrement en personnel et l'absence de rapport d'activités, dont le contenu était pourtant décrit dans le contrat. Par exemple, l'absence de *case manager* et de psychologues, ou 1,2 équivalent temps plein à la place des 3 requis dans le contrat. Il manquait également les pièces financières justificatives pour procéder aux paiements.

Le projet pilote relatif aux unités de crise, dont le CHU Brugmann, et les ZNA PZ Stuivenberg font partie du projet et sont toujours en activité.

Je tiens quand même à souligner que j'ai lancé, le 18 mai 2022, le troisième appel à projets vers les réseaux de soins de santé mentale adultes ayant pour objectif de renforcer le dispositif du trajet de soins de crise par le développement d'un minimum de services *High and Intensive Care* dans chaque réseau de santé mentale pour adultes.

Pour le Réseau Mosaïque, la proposition a été approuvée de créer deux unités HIC (*High and Intensive Care units*) organisées dans trois implantations: l'Hôpital psychiatrique Saint-Bernard, l'Intercommunale de Santé Publique du Pays de Charleroi (ISPPC), dont l'Hôpital Vincent Van Gogh, et le Grand Hôpital de Charleroi, pour un total de 40 lits et 8 lits de crise pour une meilleure prise en charge des personnes en crise. Évidemment, une attention particulière doit être portée à la construction d'une seule trajectoire de soins de crise cohérente pour l'ensemble du territoire du Réseau Mosaïque.

Sur la base de la date exacte des diffusions des offres d'emploi et des procédures de recrutement du personnel par *High and Intensive Care units*, un financement a déjà été alloué dans le budget des moyens financiers des hôpitaux de janvier 2023 pour l'année 2022 et de juillet 2023 pour l'année 2023 de l'hôpital choisi par le Réseau.

En ce qui concerne la réforme des soins de santé pénitentiaires, je peux confirmer qu'elle concerne en principe toutes les personnes détenues et qu'elle est centrée sur le besoin de soins de la personne, quel que soit son statut juridique.

Les prévenus, comme les autres personnes détenues, sont vus par un médecin dans les 24 heures après leur entrée en prison. Dans le cadre de cette première consultation, un bilan général de la situation somatique et psychique de la personne est effectué en vue d'identifier les éventuelles urgences physiques et psychiques et d'assurer une continuité maximale des soins.

En outre, dans le cadre de la réforme des soins de santé pénitentiaires, l'importance d'un dépistage différencié est soulignée, ce qui signifie qu'au moins dans certaines prisons pilotes, un dépistage plus approfondi de la personne concernée est effectué, par exemple pour les vulnérabilités psychologiques, et qu'un soutien psychologique supplémentaire est recherché en première ligne ainsi qu'une meilleure coopération entre les prestataires de soins de santé, ce qui peut certainement être important dans le cas des détenus provisoires.

En bref, par le passé, il a effectivement été question d'arrêter le projet au niveau de l'hôpital que vous citez. Il y a maintenant la nouvelle initiative *High and Intensive Care units* dont la Région va aussi

bénéficier. On est en train de lancer tout cela en pratique. Et, au niveau des soins de santé pénitentiaires, avec mon collègue en charge de la Justice, nous faisons le nécessaire afin d'améliorer la situation.

02.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses très précises. Vos informations me rassurent.

Le besoin en places d'accueil est criant, en particulier dans ma région. En tout cas, l'ouverture de ces huit lits de crise constitue une nouvelle rassurante, dont je préviendrai les parquets.

02.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je dispose d'une note infrapaginale qui donne plus de détails au sujet de la répartition des *High and Intensive Cares* qui pourrait vous intéresser.

Le **président**: Chacun reçoit de la lecture pour les vacances!

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

03 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De consultancykosten" (55037653C)

03 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les frais de consultance" (55037653C)

03.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, over de consultancykosten heb ik u al meermaals ondervraagd, maar toch blijven er onduidelijkheden bestaan over de kostprijs en de rol van consultancybureaus in de covidcrisis. Er bestaat een discrepantie tussen het antwoord op mijn mondelinge vraag nr. 55032145C en het antwoord dat u mijn collega Frieda Gijbels gaf op haar vraag nr. 55028560C. In het antwoord op de laatste vraag vermeldde u twee bijkomende consultancybureaus en betrof het ook een andere globale kostprijs. Er bestaat ook onduidelijkheid over de rol van andere bedrijven.

Mijnheer de minister, kunt u verhelderen waarom er een verschil is tussen de twee antwoorden? Voor Deloitte is er een verschil van ongeveer 617.000 euro tussen het antwoord op de vraag van collega Gijbels en het antwoord aan mijzelf. Hoe verklaart u dat verschil? In een eerdere commissievergadering gaf u aan dat het verschil te maken had met het feit dat collega Gijbels de vraag over een kortere periode had gesteld. Dat klopt mijns inziens niet, want als het kostenbedrag hoger is, zou het net over een langere periode moeten gaan, terwijl net mijn vraag over een langere periode ging, namelijk de gehele covidperiode. Graag kreeg ik daarover verheldering.

Ik had ook graag een gedetailleerde lijst gekregen van alle externe bedrijven die diensten hebben geleverd tijdens de covidperiode op alle boekhoudkundige posten, dus consultancy, maar ook logistieke diensten, IT et cetera, alsmede hun kostprijs. Daarover heb ik ook al vaker vragen gesteld, maar mijn specifieke vraag is of alle operationele opdrachten en logistieke diensten eveneens vervat zijn in eerdere antwoorden, aangezien ik ook daar tegenstrijdigheden merk en graag volledige transparantie van u had gekregen. Kunt u mij een gedetailleerde lijst bezorgen van alle contracten die zijn afgesloten met de bedrijven tijdens de covidperiode?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u hebt inderdaad correct gezien dat er tussen die twee antwoorden een discrepantie was die niet te maken heeft met het tijds kader.

Het heeft te maken met het feit dat in de lijst die ik aan mevrouw Gijbels had gegeven de consultants akkanto en Paronella CommV niet opgenomen waren. Er was ook een activiteit van Deloitte niet genoemd. Die activiteit kon namelijk breder geïnterpreteerd worden dan covid, maar geïnterpreteerd als covid leidt dat inderdaad tot een verschil van netto 616.847 euro. Ik geef u de hele gedetailleerde lijst. U zal zien waar de discrepantie zat, voor kleine bedragen bij nv akkanto en Paronella CommV en

voor een groot bedrag bij een activiteit van Deloitte, namelijk de ondersteuning van het coronacommissariaat, die ik had meegenomen bij mevrouw Gijbels en die bij u niet was meegenomen. U vindt daarin alle mogelijke details, ook over de opdracht, de duurtijd, het begin, het einde, de prijs enzovoort.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is toch bijzonder dat ik die vraag drie keer moet stellen om een duidelijk antwoord te krijgen. Zo evident is het dan toch niet om het Parlement een correct antwoord te geven over consultancyopdrachten. U hebt dus aan mevrouw Gijbels een antwoord gegeven dat 617.000 euro duurder is, omdat u een bredere scope heeft genomen.

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik denk dat men zich vergist had. De ondersteuning van het coronacommissariaat beschouw ik wel degelijk als deel van covid. Men had dat blijkbaar over het hoofd gezien in de lijst die voor u was klaargemaakt, voor het antwoord aan u. Het gaat over twee posten in deze tabel. U zal dat zien. Dat maakt inderdaad dat verschil. Dan zijn er nog akkanto en Paronella, maar dat zijn relatief kleine bedragen.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Op 9,5 miljoen euro was er dus 617.000 euro fout gerekend. Dat is een substantieel bedrag.

Misschien zit het in de tabel, maar ik heb ook nog geen antwoord gekregen op de vraag of u stelt dat alle ondersteuning, logistiek en operationeel, in die 9,5 miljoen euro vervat zit. Het gaat dan ook over de IT-opdrachten. Dat is het tweede deel van mijn vraag. Ik heb het sterke vermoeden, eigenlijk de zekerheid, dat het om een bedrag van meer dan 9,6 miljoen euro gaat dat aan consultancyopdrachten voor operationele doeleinden is uitgegeven. U blijft dus bij die 9,6 miljoen, het bedrag dat u mij eerder gaf?

03.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mijn antwoord gaat over die covidlijst. Ik wilde u dat verschil tonen. Ik zal onderzoeken of er bedrijven zijn met wie wij contracten hebben. U weet natuurlijk - want u wordt voortdurend door sommige van die bedrijven naar hier gestuurd met vragen - dat wij ook contracten hebben met verdelers enzovoort. Ik kan u al die contracten geven.

Ik heb mij hier geconcentreerd op wat we zien als consultancy.

03.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Consultancy en operationele opdrachten, logistieke diensten, IT, dus de verschillende sectoren.

Mijnheer de minister, het is de derde keer dat ik deze vraag stel. Ik heb u ook een schriftelijke vraag gesteld over alle consultancyopdrachten, over uw algemene diensten. Ik wacht al twee maanden op het antwoord. Op deze vraag wordt de ene keer zo en de andere keer anders geantwoord.

03.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil u toch verzoeken om iets duidelijker te zijn. U stelt mij een vraag met als titel 'De consultancykosten'. De hele uitleg gaat over consultancy, heel de tijd: "externe bedrijven die diensten hebben geleverd op alle boekhoudkundige posten." U eindigt met: "Kan de minister een gedetailleerde lijst bezorgen van alle contracten die zijn afgesloten met bedrijven?" Als u nu bedoelde dat wij alles moeten verduidelijken voor eender welk bedrijf, ook voor het bedrijf dat het eten leverde voor het personeel, dan wil ik daar wel voor zorgen. Dat had u misschien moeten verduidelijken, wij hebben dat niet op die manier gelezen.

De **voorzitter:** Ik geef nu het woord aan mevrouw Depoorter. Mevrouw Depoorter, dat was het antwoord van de minister. U kunt altijd vervolgvragen stellen. Als u echter echt een lijst van alle contracten wilt, dan moet dat via een schriftelijke vraag gebeuren.

03.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, op het antwoord op mijn schriftelijke vraag

wacht ik al twee maanden. Die duidelijkheid komt er maar niet. Contracten die wij wensen in te kijken komen er niet. Facturen die wij opvragen komen er ook niet. Als wij dan een mondelinge vraag stellen, is ze niet voldoende gespecificeerd.

Mijnheer de minister, u doet wel echt heel hard uw best om niet te moeten antwoorden. Ik herinner u aan het feit dat u voor het bedrag van 617.000 euro op een totaal van 9,5 miljoen euro driemaal naar het Parlement moet komen om te kunnen duiden waarover het eigenlijk gaat. Ik zou dus niet zeggen dat uw boekhouding op orde is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037636C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La manifestation des médecins généralistes" (55037840C)
- Malik Ben Achour à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement de la garde médicale" (55038132C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les postes de garde des généralistes dans les zones à faible densité de population" (55038178C)

04 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037636C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De betoging van de huisartsen" (55037840C)
- Malik Ben Achour aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de huisartsenwachtposten" (55038132C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtposten in dunbevolkte gebieden" (55038178C)

04.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je me dois d'actualiser ma question. En effet, depuis le dépôt de cette question, il a été annoncé qu'un accord avait été trouvé.

En fait, on assiste surtout à un transfert de la responsabilité du 1733 qui était organisé par les autorités vers un tri privé organisé par les médecins généralistes, avec plus d'argent pour les grands cercles. Cet accord me pose ainsi qu'aux personnes de terrain un nombre non négligeable de questions puisqu'il laisse de côté des réalités plurielles. Il faut savoir que certains cercles ont une densité de population ou une densité de médecins généralistes plus faible. Il n'est pas ici nécessairement question du milieu rural. En effet, on connaît la réalité de certains quartiers de grandes villes ou de zones semi-rurales où des difficultés majeures subsistent.

Je peux vous assurer, monsieur le ministre, que la gronde persiste dans un bon nombre d'endroits. Selon moi, des réalités importantes ont clairement et royalement été balayées d'un revers de la main. C'est d'autant plus interpellant qu'il y a souvent de long trajets et donc une prise de temps encore plus importante et que le nombre des rappels nocturnes est en forte augmentation. Ce constat découle de chiffres qui ont été objectivés par rapport au module antérieur. Qu'en est-il de ces réalités que l'on ne peut occulter?

Qu'en est-il pour les cas de niveau d'urgence 7 qui surviennent pendant les heures de garde dont on sait que la prise en charge doit intervenir dans les 12 heures? Qu'en est-il pour les cas de niveau d'urgence 6 pour lequel des discussions avaient été ouvertes?

Enfin, je voudrais aborder encore et toujours une réalité qui ne doit pas seulement tenir compte des médecins généralistes mais bien de toute la concertation et de la coordination de la gestion des urgences avec les salles d'urgence qui sont saturées.

Du reste, l'une des difficultés est que le système a été privatisé, alors qu'il aurait dû rester centralisé

via le 1733. Cela implique évidemment encore plus de renvois vers des salles d'urgence toujours plus saturées. C'est pourquoi je vous avoue ne pas voir l'intérêt...

Le **président**: Pouvez-vous terminer, madame Fonck?

04.02 Catherine Fonck (Les Engagés): Les effets pervers de ce système risquent de grandement s'aggraver au détriment des patients, des soignants et, partant, de la santé publique.

04.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, le 28 juin dernier, les médecins généralistes manifestaient partout en Wallonie. En cause: l'ingérence du fédéral, la réorganisation des gardes pendant la nuit profonde, mais aussi la suppression du tri 1733. Votre réforme contraindrait en effet le médecin généraliste de garde à être réveillé jusqu'à plus de 10 fois au cours de la nuit, alors qu'avec un tri efficient par le 1733, il ne serait réveillé qu'en moyenne 1,2 fois par nuit.

Le 21 juin dernier, je vous avais déjà interrogé à cet égard. Vous m'aviez alors répondu, je vous l'avoue, de manière assez insultante pour les médecins concernés, puisque vous nous aviez expliqué qu'"une garde n'est pas agréable, mais cela fait partie du job". Comme si les médecins qui dénoncent leur épuisement le faisaient par caprice! Or ils dénoncent, à juste titre, une réforme qui ne leur permet pas d'assurer ces gardes dans de bonnes conditions pour leur santé, mais aussi et surtout pour la qualité des soins prodigués aux patients.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous expliquer de quelle manière l'accord qui a été conclu entre-temps a pris en considération les zones qui souffrent d'une pénurie de médecins? Comment les généralistes ont-ils été consultés? Je pense aussi à tous les services qui pâtiront de cette réforme.

Un retour du tri sélectif par le 1733 est-il envisageable, afin de soulager les médecins? Dans l'affirmative, pour quand pouvons-nous l'espérer? Dans la négative, quelle en est la raison?

04.04 Malik Ben Achour (PS): Monsieur le ministre, le 28 juin, les médecins généralistes menaient une action afin d'exprimer leur désaccord avec la nouvelle directive 1733 qui, depuis novembre 2022, redirige les appels vers les gardes de nuit sur base de critères bien plus larges qu'auparavant. Cela a surtout des conséquences dans la ruralité où les médecins sont moins nombreux et les tours de garde moins espacés.

De nombreuses questions vous ont déjà été adressées dans ce cadre mais j'aimerais aborder aujourd'hui la situation spécifique de l'arrondissement de Verviers.

Selon les calculs faits par l'Association des généralistes de l'Est francophone, les nouvelles obligations liées à la garde médicale feraient passer le nombre de médecins de garde par week-end sur ce territoire de 27 à 60, ce qui représenterait une dépense de 140 000 euros supplémentaires par an. Par ailleurs, il devrait y avoir un secrétariat médical dans chaque poste, là où nos praticiens travaillent actuellement avec un bureau centralisé à Verviers. Il faudrait ainsi passer de 2,9 ETP à 12,26 ETP, pour un surcoût de 750 000 euros par an rien que pour les week-ends et sans tenir compte de l'aménagement éventuel de locaux.

Dans ces conditions, il deviendra impossible tant du point de vue humain que financier d'assurer le même service et des postes de garde seraient amenés à fermer, avec des conséquences importantes en termes d'accessibilité de soins aux patients. Dans l'arrondissement qui a la plus grande superficie en Belgique, cela pourrait conduire certains patients à devoir faire une heure de route avant de voir un médecin.

Monsieur le ministre, que répondez-vous aux craintes qui s'expriment quant à la circulaire 1733, en particulier concernant l'arrondissement de Verviers? Des adaptations tenant compte de certaines spécificités sont-elles prévues? Pourriez-vous détailler le contenu de l'accord intervenu le 3 juillet dernier concernant les coopérations fonctionnelles? Les diverses contraintes que j'ai évoquées sont-elles maintenues? Comment les cercles seront-ils soutenus dans le cadre de la mise en place de ces coopérations fonctionnelles et cela en fonction des spécificités géographiques?

04.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we hadden nog niet zo lang geleden in de plenaire vergadering een debat over de samenwerkingsverbanden van de huisartsenwachtposten. U gaf toen aan dat patiënten in geen enkele regio een uur zouden moeten rijden om de dichtstbijzijnde huisartsenwachtpost te bereiken. U gaf ook aan dat het belangrijk is om het nummer 1733 te installeren. Het was mij daarbij echter niet duidelijk of dat ook een voorwaarde zou zijn om de samenwerkingsverbanden uit te rollen.

Zal het in de dunbevolkte gebieden zoals Limburg echt niet nodig zijn om langer dan een halfuur te rijden? Denkt u dat een minimumbevolkingsaantal een goed criterium is om een samenwerkingsverband te organiseren? Is het niet logischer om geografische aspecten zoals aanrijtijden in aanmerking te nemen? Ik ben immers bang dat er anders eerder naar een spoedgevallendienst zal worden gereden, die vaak dichterbij zal zijn dan een huisartsenwachtpost.

Is het uw bedoeling om door de inrichting van dergelijke samenwerkingsverbanden tot een daling van het gebruik van de spoedgevallendienst te komen?

Zal dit alles ook geëvalueerd worden? Zo ja, wanneer?

04.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, u zult mij toch een beetje meer tijd moeten geven om te antwoorden, vrees ik, want er zijn hardnekkige misverstanden die blijven bestaan.

En ce qui concerne les médecins généralistes wallons, j'ai rencontré le 30 juin une délégation de médecins généralistes wallons au sujet de la problématique du 1733 et l'organisation de la garde. Un représentant de la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de la Région Wallonne (FAGW), du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO) et de l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) étaient présents. Je crois pouvoir dire que la réunion fut très constructive.

Cette réunion m'a permis de clarifier certains points et je vais en citer trois. Je veux être absolument clair là-dessus. Premièrement, ces médecins croyaient qu'il fallait deux médecins par poste de garde ouvert. C'est totalement incorrect. Je le répète: il ne faut pas deux médecins par poste de garde ouvert.

Par coopération fonctionnelle – qui sera en principe composée d'au moins trois postes de garde – au minimum un poste de garde doit toujours être accessible pendant les heures de garde – du vendredi soir à 18 h jusqu'au lundi matin à 8 h – et sur base volontaire les jours de semaine de 18 h à 8 h. Cela signifie qu'un médecin généraliste et un opérateur d'accueil doivent y être présents pendant ces heures-là.

La coopération fonctionnelle garantit également la disponibilité des médecins pour des visites à domicile dans la région concernée, avec l'aide d'un chauffeur prévu à cet effet. Monsieur Ben Achour, je crois que les chiffres que vous citez découlent de l'idée fausse – qui existe apparemment – selon laquelle il devrait y avoir deux médecins par poste de garde ouvert. C'est totalement faux et je l'ai déjà dit maintes fois. Aucune base dans les décisions prises ne mène à cela.

Deuxièmement, aucun poste de garde ne sera contraint de fermer. Aucun. Même pendant les nuits profondes. Les coopérations fonctionnelles ont une autonomie de décision quant à leur organisation interne; un financement lié à ce choix est prévu.

Troisièmement, le 1733 fait toujours le triage pour les postes de garde de médecins généralistes wallons. Madame Fonck, vous dites que le tri est privatisé, mais ce n'est pas le cas. Le 1733 fait le tri et doit le faire. Il y a toutefois un débat sur ce qu'est exactement le tri qui doit être fait. Dire que le tri est privatisé est totalement faux.

Le 1733 fera le tri des patients et orientera tous les patients qui doivent voir un médecin généraliste en urgence, même en nuit profonde. Le 1733 ne se limite cependant pas aux patients palliatifs, aux résidents des maisons de repos, aux patients alités ou aux constats de décès. C'était l'idée d'un certain nombre de généralistes wallons. C'était leur idée du tri, mais ce n'est pas un tri très sérieux. Voilà tout le débat. Dire que ceci n'est pas un triage tenable n'est pas dire qu'on va le privatiser.

Je crois qu'il importe aussi de discuter des chiffres. J'ai présenté à la délégation que j'ai rencontrée le 30 juin les chiffres quant aux cas effectivement référés par les opérateurs 1733 aux postes de garde

durant la dernière année. Je me suis quand même permis d'objectiver la discussion. Ces chiffres leur ont été transmis. Ils peuvent être également présentés aux médecins qui le souhaitent. Ils serviront également de base pour le travail de révision des protocoles de niveau 6 et 7 en cours.

Je voudrais quand même vous donner quelques détails sur les chiffres, madame Rohonyi et monsieur Ben Achour. Le nombre de contacts pendant la nuit profonde est et reste faible. Le nombre varie évidemment d'un poste de garde à l'autre, en partie en fonction de la taille de la zone desservie par ce poste de garde. D'après nos chiffres, établis en juin 2023, pour les postes de garde wallons, on compte en moyenne 0,8 patient pendant la nuit profonde en semaine par poste de garde, avec un maximum de 2,3 contacts et en moyenne 2,8 patients pendant la nuit profonde le week-end, avec un maximum de 9 contacts en moyenne.

Tous ces patients ne doivent pas être vus dans les deux heures. Le secrétariat du poste de garde peut aussi fixer un rendez-vous à 7 h du matin, par exemple. Le nombre de patients pour lesquels une consultation est effectivement demandée dans les deux heures est limité à une moyenne de 0,3, avec un maximum d'un patient par poste de garde en nuit profonde pendant la semaine, et à une moyenne de 0,5 patient, avec un maximum de 2,5 patients par poste de garde en nuit profonde pendant le week-end. Voilà les chiffres objectivés.

Je partage évidemment la préoccupation des médecins généralistes concernant les patients à voir en nuit profonde. Il faut s'assurer de ne voir des patients pendant la nuit profonde que quand c'est nécessaire. Et c'est pour cela qu'un tri par le 1733 est essentiel.

Pour ce qui est du tri des patients à référer au poste de garde pendant la nuit profonde, j'ai répété ne pas pouvoir accepter que les médecins généralistes veuillent les limiter aux quatre catégories que sont les grabataires, les maisons de repos, les constats de décès et les soins palliatifs. C'est beaucoup trop restrictif. Je ne crois pas que ce soit insultant de le dire.

Je suis ouvert à la discussion sur les cas du niveau 7, c'est-à-dire des patients dont l'état requiert une évaluation médicale dans les 12 heures, pendant les heures de garde. Je suis aussi ouvert à une solution pragmatique, où le secrétariat du poste de garde peut, dans ces cas-là, fixer un rendez-vous le lendemain matin.

Comme prévu, les directives du niveau d'urgence 6, nécessitant un médecin généraliste endéans les deux heures, et du niveau 7, feront d'ailleurs l'objet de discussions dans les semaines à venir dans l'objectif de les évaluer en détail et de décider si elles doivent être peaufinées dans ces détails. Une réunion a été organisée le 11 juillet avec une représentation équilibrée des médecins généralistes comptant trois francophones et trois néerlandophones. J'ai été informé que la réunion avait été constructive. Une analyse plus approfondie des protocoles les plus couramment utilisés dans les niveaux de gravité 6, 7 et 8 est envisagée.

Aussi, la Medicomut et le Comité de l'assurance ont, respectivement le 3 et le 10 juillet, donné un avis positif au projet d'arrêté royal relatif au financement des réseaux de coopération fonctionnelle, et ce, sur la base des travaux conclus au sein de la plateforme "Accompagnement de garde" avec les médecins généralistes. Suivant cet arrêté royal, il est prévu d'investir considérablement dans les postes de garde des médecins généralistes. Il ressort des simulations effectuées que le coût d'exploitation des coopérations fonctionnelles à leur vitesse de croisière s'élèverait à environ 71 millions d'euros, soit plus de 22 millions d'euros en plus que par rapport au financement actuel et le triple de l'investissement réalisé au début de la législature. À la fin de la Suédoise, l'investissement était donc de 23 millions d'euros et sera de 71 millions d'euros.

Les partenariats ont la possibilité d'organiser la permanence médicale de la meilleure façon possible, en prenant en considération les caractéristiques géographiques ainsi que la demande et l'offre de soins dans les zones concernées. Les médecins généralistes ont le choix entre deux scénarios. Dans le premier scénario, tous les postes de garde restent ouverts, même en pleine nuit, avec des accueillants. En outre, des voitures avec chauffeur sont mises à la disposition de la garde mobile, mais il y en a un peu moins que lors des heures plus chargées de la journée et de la soirée.

Le deuxième scénario prévoit une utilisation maximale des gardes mobiles mais un nombre légèrement inférieur de postes de garde ouverts en pleine nuit.

Dat brengt mij bij de vragen van mevrouw Gijbels.

Meer algemeen wil ik eerst duidelijk maken dat wij iets aan het probleem van de bereikbaarheid willen doen, mevrouw Gijbels. In het door de vorige regering genomen erkenningsbesluit staat heel duidelijk dat elk functioneel samenwerkingsverband moet beschikken over voldoende huisartsen, wachtposten en mobiele wachtdiensten om de medische permanentie te kunnen verzekeren, rekening houdend met de zorgnood, de bevolkingsdichtheid en de aanrijtijd. Bij de beoordeling van de erkenningsdossiers zal dit terdege worden geanalyseerd. Het spreekt voor zich dat ik geen goedkeuring zal verlenen aan een dossier dat de toegankelijkheid voor de patiënt niet garandeert of te lange aanrijtijden heeft. Ik zal dus geen dossier goedkeuren waarbij niet kan worden aangetoond dat de patiënten, ook tijdens de diepe nacht, op een toegankelijke manier bij een huisarts terecht kunnen, hetzij in een wachtpost op een aanvaardbare afstand, hetzij via een huisbezoek.

Ik stel samen met mijn collega Annelies Verlinden alles in het werk om ervoor te zorgen dat tegen de tweede jaarhelft van 2024 alle huisartsenwachtposten kunnen aansluiten bij het nummer 1733. Dat betekent dat er in de praktijk een parallellisme is tussen het uitrollen van de functionele samenwerkingsverbanden en het uitrollen van nummer 1733. Het zal natuurlijk belangrijk zijn om de mensen goed te informeren en te sensibiliseren over het gebruik van het nummer 1733 en dus het kiezen van een juist zorgtraject bij niet-planbare zorg.

Ik denk dat het prematuur is om nu al te zeggen dat we een bindende triage zullen invoeren. We zullen mensen sensibiliseren en adviseren. U weet dat er al heel wat huisartsenwachtposten nabij een spoeddienst zijn gevestigd, om een daling van het onterechte gebruik van de spoedgevallendienst te bewerkstelligen. Ik ben inderdaad van mening dat een verdere uitrol van het nummer 1733 en een goed samenwerkingsmodel van de huisartsenwachtposten daartoe kunnen bijdragen.

Een werkgroep buigt zich over de verdere samenwerking en goede afspraken tussen spoeddiensten en huisartsenwachtposten. Het spreekt voor zich dat de werking van de functionele samenwerkingsverbanden zal worden geëvalueerd.

U hebt ook verwezen naar het debat dat we reeds hebben gevoerd, mevrouw Gijbels. Om het kort te maken, wil ik u een kopie geven van een brief – iedereen mag die inzien – die ik naar mevrouw Farih heb gestuurd. Ze is hier ook aanwezig. Mevrouw Farih had in de plenaire zitting heel wat zorgen geuit over wat er in Limburg zou gebeuren. Vanuit het idee dat we lange aanrijtijden zouden krijgen, maar dat is niet zo. Zij maakte zich zorgen uit vrees dat er huisartsenposten gesloten moesten worden. Dat is ook niet zo. Haar vrees was dat, wanneer de huisartsenposten niet zouden sluiten, ze ook geen geld zouden krijgen. Dat is ook niet zo. Er zou bespaard worden, maar dat is ook niet zo.

Ik richt mij dan ook meteen tot mevrouw Farih, om haar bezorgdheid te beantwoorden. Ik zal ervoor zorgen dat ik een kopie van de brief aan mevrouw Gijbels geef. Voor Limburg heb ik alle mogelijke scenario's geschetst, op basis van het besluit dat unaniem is goedgekeurd in de Medicomut en door de artsen-vertegenwoordigers. Voor elk scenario heb ik gekeken hoeveel extra middelen men krijgt in Limburg. U zult zien dat men in alle scenario's waarvan ik denk dat u ze relevant vindt, mevrouw Farih, geld extra krijgt, soms zelfs behoorlijk veel.

U zult ook zien dat het hoegenaamd geen argument kan zijn om huisartsenwachtposten te sluiten, of om hen geen geld te geven als ze niet sluiten. Integendeel, de financieel interessantere optie is om de wachtposten open te houden, als u de vergelijking maakt.

U hebt alle details en alle cijfers. Ik heb ze u toegestuurd en zal ze ook aan mevrouw Gijbels bezorgen. Ik hoop dat een aantal misverstanden daarmee nu echt definitief de wereld uit geholpen zijn. Ik hoop dat het unanieme akkoord dat over deze financieringswijze met artsen in de Medicomut bereikt is, ook in Limburg zal leiden tot goede keuzes. Daarvan denk ik dat ze vooral moeten gemaakt worden vanuit het belang van de patiënt.

Dus, mevrouw Gijbels, u krijgt ook een kopie van vijf pagina's van wat ik heb bezorgd aan mevrouw Farih. Zo kunt u het allemaal in detail nalezen.

04.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, votre réponse a pris beaucoup de temps. J'aurais beaucoup de choses à dire. Je ne peux pas répliquer point par point en une minute trente. Il me faudrait beaucoup plus de temps. Je me limiterai à certains éléments.

Monsieur le ministre, œuvrer avec un seul médecin généraliste et un opérateur ne posera aucun souci. Dites-vous. Je crois que vous ne mesurez pas la réalité plurielle comme le fait d'avoir des distances pouvant être très longues et donc des délais très longs. Soit le médecin se rend au domicile, soit le patient se déplace, mais bref, avec des gardes particulièrement chargées. Parfois, il y a plein de petites choses pour lesquelles il n'y a pas de raison de pouvoir justifier une consultation pendant la nuit noire. Mais quand on a vraiment besoin d'une urgence, surgit une difficulté. Je pense que vous ne prenez pas et n'acceptez pas de prendre en compte des réalités plurielles.

Deuxièmement, vous dites de nouveau avec une forme de mépris, monsieur le ministre, que ce n'est pas l'idée du triage des médecins généralistes wallons. Vous présentez les choses de manière caricaturale. Voilà neuf ans que le système existait et ce n'est pas une idiotie ou une lubie de certains qui auraient inventé un système. Puis-je vous rappeler que dans les PV du SPF et de l'INAMI, que j'ai à ma disposition, figure bien la validation du numéro 1733 et du triage tel qu'il existait depuis neuf ans?

Vous venez ensuite avec des "chiffres objectifs" de nuit de garde avec l'air de dire que tous les autres sont des "cons" et racontent n'importe quoi. J'avais déjà entendu parler de vos chiffres. Mais attendez! Que vous ont dit les médecins sur vos chiffres? Ils vous ont dit que des cercles et des régions n'y avaient absolument pas été intégrés. Cela a été validé en réunion et puis je constate que vous venez avec les mêmes chiffres aujourd'hui, qui n'ont toujours pas été corrigés.

Vous faites la leçon sur des chiffres objectifs alors que tous les autres seraient des "cons" pour parler de la nuit noire. J'attends d'avoir les vrais chiffres objectifs et le moins que l'on puisse attendre de votre part, c'est que vous ayez au moins la décence de corriger vos chiffres. Ce qui n'est toujours pas le cas!

Monsieur le ministre, aussi longtemps que nous ne disposerons pas d'un tri établi par une centrale d'appel qui ferait la distinction entre les soins planifiables et ceux qui ne le sont pas, impliquant la responsabilité de l'État, qui pourrait prendre en compte la réalité compliquée des généralistes mais aussi la saturation des urgences et qui permettrait une coordination et une concertation entre les deux, la situation ne sera positive ni pour les soignants ni pour les urgences et en conséquence, ni pour les patients. Dans certaines Régions, la situation sera clairement difficile.

J'ose espérer que ce dossier sera retravaillé pour le faire évoluer et que les différents partis de la Vivaldi y seront plus attentifs qu'ils ne l'ont été jusqu'ici.

04.08 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous vous targuez d'avoir rencontré les médecins le 30 juin et ensuite le 11 juillet. Mais il ne s'agissait en rien d'une concertation comme ils l'attendaient de vous.

Il s'agissait en réalité de les convaincre de la plus-value de votre réforme puisque vous leur avez apporté des clarifications sur une réforme que vous défendez bec et ongles, peu importe l'impact significatif qu'elle aura sur la pratique, ce qui se voit à la lumière des chiffres que vous avez avancés.

Oui, votre réforme aura un impact significatif sur leur pratique: soit ils seront épuisés soit ils quitteront la profession, ce qui nuira à la bonne qualité des soins donnés aux patients.

Un exemple: vous affirmez qu'aucun poste de garde ne devra fermer. Il s'agit en fait de la théorie. Dans la pratique, lorsque l'on prend en considération les contraintes imposées aux médecins généralistes, les grandes distances que le patient doit parcourir et que l'on y rajoute le manque de médecins accentué par les quotas INAMI que vous maintenez, il y a un risque de nous voir confrontés à des fermetures.

À l'instar des médecins concernés, je continue de penser que votre nouveau système de triage tel que vous le défendez n'est pas tenable, notamment à la lumière du dernier rapport de la Commission de planification. Monsieur le ministre, vous aimez les chiffres et nous aussi, nous en disposons.

En l'occurrence, ils sont alarmants! Que dit la Commission de planification? Que le nombre de médecins

généralistes a augmenté en effet de 10 % ces dix dernières années mais qu'en nombre d'ETP cela ne fait que 5 % de plus, soit un chiffre bien insuffisant face à l'augmentation et surtout au vieillissement de la population et, par voie de conséquence, des besoins en soins de première ligne.

Si l'on continue de la même façon, monsieur le ministre, nous nous exposons à une situation catastrophique d'ici à 2024, comme nous l'explique la Commission de planification de l'offre médicale. Je vous appelle à sortir réellement de cette logique à court terme, qui serait catastrophique, tant pour la santé des médecins que pour celle des patients qu'ils ont à soigner.

04.09 Malik Ben Achour (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse circonstanciée. Je prends acte du fait que vous contestez les chiffres que je vous ai livrés, que vous mettez sur le compte d'une erreur de calcul ou plutôt d'une mauvaise compréhension des contraintes imposées par la réforme. J'en prends acte et retournerai vers les personnes que je représente dans mon arrondissement. Le cas échéant, je reviendrai vers vous.

Vous soulignez que vous laisseriez une forme d'autonomie d'organisation au niveau local, mais évoquez en même temps deux scénarios. J'ai entendu que vous étiez prêt à prendre en considération la réalité de la province de Limbourg, mais j'imagine que ce qui est valable pour le Limbourg pourrait l'être aussi, en ce qui concerne l'autonomie d'organisation, pour l'arrondissement que je représente ici, celui de Verviers. Il est souvent oublié car il paraît très éloigné de Bruxelles mais il compte pourtant beaucoup! Ce qui est possible pour Verviers, serait alors bien sûr possible pour d'autres régions de Wallonie et de Belgique. En définitive, en me battant pour mon arrondissement, je me bats donc pour l'ensemble du pays.

Une question me semble cependant demeurer ouverte: qu'en est-il de la nécessité de mettre en place un secrétariat par poste? Je ne pense pas avoir obtenu de réponse à ce sujet.

04.10 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai répondu qu'il fallait un accueil, donc un secrétariat. C'est ce que vous vouliez dire?

04.11 Malik Ben Achour (PS): Oui!

04.12 Frank Vandenbroucke, ministre: Ce n'est pas un médecin, mais une personne administrative.

04.13 Malik Ben Achour (PS): Oui, c'est bien cela!

Si c'est une obligation, cela va évidemment entraîner un impact assez sérieux sur les frais de gestion et donc aussi une difficulté dans la perception de cette réforme.

Je prendrai le temps de lire votre réponse, parce qu'elle est longue et dense. Puis, le cas échéant, je reviendrai vers vous. En tout cas, je vous remercie.

04.14 Frieda Gijbels (N-VA): U geeft aan dat er wat soepelheid mogelijk is in de dunnerbevolkte gebieden. In de brief waarnaar u verwijst, lees ik echter dat het absolute minimum wel blijft op 225.000 inwoners. Als men dan de volledige financiering wil voor een volledig uitgeruste wachtpost, blijft het maximum voor Limburg nog altijd drie wachtposten in de nacht. U zegt dat u er geen zal erkennen als er een te lange aanrijtijd is, maar u geeft niet aan wat een te lange aanrijtijd is. Drie volledig ingerichte wachtposten, met de volledige financiering, zal het maximum zijn. Wat is voor u de maximale aanrijtijd? Volgens mij is dat ongeveer een halfuur, maar het is misschien niet slecht om dat eens te laten onderzoeken. Er is toch wat wetenschappelijke onderbouwing nodig om zoiets te kunnen verantwoorden.

In verband met 1733 zegt u dat er een parallellisme zal zijn tussen de uitrol van 1733 en de samenwerkingsverbanden, maar u geeft het niet aan als een voorwaarde om die samenwerkingsverbanden uit te rollen. Dat lijkt mij nochtans heel belangrijk. We hebben al

verschillende jaren moeite om dat wachtnummer te bevolken met geschoold personeel. Neem dat als voorwaarde op. Anders zullen we toch in de problemen geraken.

04.15 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, u hebt zich tot mij gericht. Ik heb verschillende zaken gehoord. U herhaalt vaak dat er niemand zal moeten sluiten, maar de financiering zal niet meevolgen. Er zullen nog altijd één wachtpostmanager, één boekhoudkundig medewerker en ook één administratief medewerker moeten zijn. Die financiering zit vast.

Hoe kunnen we er dan voor zorgen dat er in Limburg wel meer wachtposten openblijven en dat ze ook de financiering krijgen om in de nodige kwaliteit te kunnen voorzien voor de patiënten, maar ook dat elke effectief tewerkgestelde in de huisartsenwachtpost een goede basis heeft om er te werken?

In de regio GAOZ, dus Genk, As, Oudsbergen en Zutendaal, moet één wachtpost zich over 90.000 inwoners ontfermen. Er zijn drie personeelsleden die zich dag en nacht voor het reilen en zeilen in de regio moeten inzetten. Uiteraard zijn er genoeg problemen om op te lossen op 24 uur. In de andere wachtpost die ter beschikking is in het westen van Limburg zitten 13 gemeentes. Dat gaat over 225.000 inwoners. Men ziet en hoort dat er een verschil is in demografische kenmerken. Er is te weinig personeel in bepaalde gebieden. Laat me even vergelijken: 4 steden en gemeenten met 1 huisartsenwachtpost en in West-Limburg 13 steden en gemeenten en 1 huisartsenwachtpost. U mag het me uitleggen, ik hoor het graag. U zegt dat er veel overleg is geweest, maar de overkoepelende organisatie van Vlaanderen heeft heel vaak aan de alarmbel getrokken. Blijkbaar kreeg ze weinig gehoor.

04.16 Minister Frank Vandenbroucke: Als ik even mag. Ik vraag om de brief aan mevrouw Farih, met kopie aan mevrouw Gijbels, te lezen om op die basis te kunnen discussiëren.

Mevrouw Gijbels, er staat helemaal niet dat er maar 3 wachtposten in Limburg kunnen zijn. Bekijk de tabel, het gaat over 8 wachtposten. Die worden volledig gefinancierd, met alle mogelijke opties. Ik geef met zeer gedetailleerde cijfers ook aan dat men bij alle opties aanzienlijk veel geld wint. Dat is niet toevallig, het budget zal drie keer zo groot zijn tegenover vier jaar geleden. Men wint gewoon veel geld. Er is één optie waarbij men in 1 subregio iets minder geld zou hebben, maar dat is de optie die u niet wenst, namelijk dat men wachtposten sluit. Dat is precies wat u niet wenst.

In de opties waarbij men de wachtposten openhoudt, wordt dit volledig gefinancierd en wint men aanzienlijk geld. U ziet in de tabel dat we spreken over de provincie Limburg, dag en avond, 8 wachtposten. Diepe nacht, afhankelijk van het scenario: 8 of 4. Het idee dat er maar 3 wachtposten zouden zijn in Limburg, daarvan vraag ik u om dat op te bergen. Lees nu eens wat er staat, lees het besluit dat unaniem werd goedgekeurd door alle artsenorganisaties, door Vlamingen en Franstaligen: budget maal drie. Lees eens wat dat betekent voor Limburg. U schudt nee, maar dat is pure winst. Bovendien zou ik dat niet goedkeuren als het leidt tot lange afstanden. Ik verzoek u om dat nu eens te lezen.

De **voorzitter:** Ik had mevrouw Farih het woord gegeven omdat u haar vernoemd had, maar dit is geen actualiteitsdebat. Ik zie mevrouw Fonck al klaarstaan.

Effectivement, vous avez repris la parole, monsieur le ministre. Je vous prie de bien vouloir demander la parole et pas de la prendre, cela vaut pour tout le monde, pour les membres comme pour vous. Comme vous avez pris la parole, je redonne à chacun la possibilité de répliquer, dans l'ordre, et je vous demanderai de limiter votre intervention à une minute.

En outre, je propose que tout le monde lise la lettre en question, et je ne doute pas que le sujet reviendra sur la table en septembre. Madame Fonck, si vous souhaitez répliquer, vous avez la parole.

04.17 Catherine Fonck (Les Engagés): (*hors micro*).

04.18 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik had de brief niet ontvangen.

Die werd mij net doorgestuurd. Ik zal die nakijken, maar ik kan u echt wel garanderen dat mijn mailbox ontplofte. Ik begrijp niet met wie u precies aan tafel hebt gezeten, maar als de koepelorganisatie van de huisartswachtposten zelf aangeeft niet akkoord te gaan met de plannen die momenteel worden doorgevoerd, moet ik hier als parlementslid natuurlijk de nodige vragen stellen.

Ik zal onderzoeken wat u zegt over die financiering. Ik hoop dan ook dat ik te weten zal komen dat de financiering in elke huisartswachtpost gelijkgesteld is per patiënt.

04.19 Malik Ben Achour (PS): Monsieur le président, je voudrais juste demander qu'on m'envoie la lettre.

04.20 Frank Vandenbroucke, ministre: Cette lettre est basée sur un arrêté qui a été approuvé par la Medicomut et en est une application. Si vous le souhaitez, je peux me livrer au même calcul pour Verviers, mais cela va prendre beaucoup de temps. Il s'agit de la même réglementation. Donc, il n'y a pas d'exception pour le Limbourg, qui y gagne énormément.

04.21 Malik Ben Achour (PS): Monsieur le ministre, si vous faisiez la même simulation pour ma région, cela me faciliterait le travail.

De **voorzitter:** Ik wil vragen dat de brief aan de commissieleden bezorgd wordt.

Vous notez également la demande spécifique de M. Ben Achour de le faire pour la région de Verviers?

Madame Fonck, vous voulez encore répliquer?

04.22 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je suis désolée. Vous nous dites qu'ils vont gagner beaucoup plus d'argent. Vous n'avez même pas fait de simulation sur l'ensemble du pays. Vous trouvez cela normal?

04.23 Frank Vandenbroucke, ministre: (*hors micro*)

04.24 Catherine Fonck (Les Engagés): Et bien, donnez-la nous dans ce cas!

Parce que moi, je peux vous dire qu'à plusieurs endroits, la réalité extraordinaire que vous nous présentez ne sera pas la réalité concrète du terrain. Les réalités sont très différentes d'un endroit à l'autre.

U spreekt steeds over Limburg.

J'aime aussi beaucoup le Limbourg.

Maintenant, on nous parle de Verviers. Mais, pour ce qui me concerne, je m'intéresse à tous les médecins généralistes du pays. J'ai parfois l'impression que vous avez trouvé des arrangements avec certains et que vous en avez oublié beaucoup d'autres!

04.25 Frank Vandenbroucke, ministre: Mais non!

04.26 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous n'avez pas la parole, monsieur le ministre. Vous avez déjà beaucoup parlé. Permettez-moi de m'exprimer et d'achever ma phrase!

Je disais donc qu'il y a beaucoup de médecins généralistes dans ce pays, et force est de constater que l'avis de certains n'a pas été pris en considération. Un peu de sérieux! Si vous avez fait des projections pour chaque arrondissement, je demande qu'elles soient mises à la disposition de la commission avant le 21 juillet. Si vous n'avez pas fait ce travail, comme je le suspecte, vous vous contentez de dire de

manière très glorieuse que cela va engendrer beaucoup d'argent et qu'il n'y aura aucun souci nulle part.

04.27 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président,

04.28 Catherine Fonck (Les Engagés): La réalité, c'est que ce n'est pas le cas. Et maintenant, vous venez dire que vous allez nous remettre les données pour le Limbourg et pour Verviers, en laissant les arrondissements de côté.

Monsieur le ministre, je vous demande de bien vouloir nous remettre les données à disposition pour l'ensemble des médecins généralistes.

Je dirai pour terminer, monsieur le président, que la gronde est toujours bien présente. En effet, pour de nombreux médecins généralistes, ce que vous proposez n'est pas acceptable.

Si l'on veut s'en sortir demain de manière constructive et positive, en faveur des patients, il faut prendre en compte la réalité des médecins généralistes, les réalités plurielles, y compris en zone rurale et semi-rurale, la situation de services d'urgence qui sont saturés. Il s'agit ici, selon moi, d'un enjeu positif. Mais pour ce, vous ne devez pas camper sur vos positions en dénigrant toujours les médecins généralistes. Il va également falloir que vous acceptiez de prendre en compte des réalités qui sont plurielles. Voilà ce que je vous demande.

Monsieur le président, nous devons pouvoir disposer des modélisations pour l'ensemble des arrondissements de ce pays.

04.29 Frank Vandenbroucke, ministre: (....)

Le **président**: On va clôturer ici, monsieur le ministre, sinon on va passer toute l'après-midi sur ce sujet. Ce dernier reviendra sans doute sur la table en septembre. Mais il faut maintenant clôturer la discussion.

04.30 Frank Vandenbroucke, ministre: D'accord, même si on clôture la discussion sur des propos qui manquent totalement de sérieux.

Le **président**: Monsieur le ministre, nous allons clôturer la discussion. Des demandes ont été formulées. Il vous appartient de décider si vous y répondez ou non.

Quoi qu'il en soit les données disponibles sur le Limbourg seront diffusées. Vous répondrez ou non aux demandes qui ont été faites. Ceux et celles qui le souhaitent pourront vous réinterroger en septembre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het BVAS-persbericht en het functioneren van de minister" (55037662C)

05 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le communiqué de l'ABSyM et le fonctionnement du ministre" (55037662C)

05.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het artsensyndicaat BVAS stuurde een persbericht de wereld in waarin ze met de uitdrukking "een koehandel" naar uw beleid verwijzen. Het persbericht was dus niet mals. Ze lieten ook berichten verschijnen dat u een dossier rond volksgezondheid wilde koppelen aan het al dan niet opstappen van minister Lahbib, als gevolg van de Irankwestie.

Eerder deze maand kwamen de huisartsen op straat om de reorganisatie van de wachtdiensten aan te

klagen. In de discussie rond geestelijke gezondheidszorg gaf ik meermaals aan dat het overleg met de psychologen niet representatief verliep. Dat gaven de psychologen trouwens zelf aan. Er is dus een probleem met de samenwerking van belangengroepen in de gezondheidssector en uw kabinet.

Hoe reageert u op het persbericht van BVAS?

Hoe schat u de verdere samenwerking met BVAS in? Er moet namelijk nog een en ander beslist worden met de artsen. Moet er een bemiddeling opgestart worden? Is er intussen een bemiddeling opgestart?

Zijn de geruchten over de koehandel waar? We hebben immers al in de pers vernomen dat het wel eens waar zou kunnen zijn. Was u effectief bereid om de steun voor de minister van Buitenlandse Zaken te laten afhangen van een gezondheidsdossier?

Kunt u bijgevolg nog geloofwaardig functioneren in de gezondheidssector?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik heb dat persbericht natuurlijk gelezen.

De discussie over mevrouw Lahbib heeft zich afgespeeld in het Parlement, nadat de beslissing over de supplementen was genomen. Dat kon dus niet gekoppeld zijn en dit is bijgevolg compleet onjuist.

Ik overleg daarenboven met alle organisaties. Soms moet ik echter beslissingen nemen over een punt waarmee niet iedereen akkoord gaat. We zullen daarover dadelijk in het debat nog voorbeelden hebben. Ik zal ze dan onder uw aandacht brengen.

05.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Het is goed dat u ook zaken onder mijn aandacht brengt, mijnheer de minister. Zo houden we elkaar alert. Dat is altijd beter. Ik denk echter dat er wel een serieus probleem is.

De discussie over minister Lahbib vond, zoals u zegt, plaats in het Parlement, nadat u de beslissing over de ereloosupplementen voor scans had genomen. Als ik echter even terugkijk, dan liep de discussie binnen de regering ongeveer op dat moment.

Het ergste van al is dat er al een groot dispuut was met de artsen. U hebt het gedurende de hele duur van uw beleid al vaak gehad over samenwerken, over het belang van de zorgverstrekkers, over het vertrouwen dat we in hen moeten hebben. Ik kan alleen vaststellen dat dit vertrouwen enorme schade heeft opgelopen. Daardoor wordt de geloofwaardigheid ondermijnd die u ten opzichte van de sector heeft.

Dit gaat samen met de herhaaldelijk foutieve antwoorden die ik hier in het Parlement krijg, of informatie in de marge daarvan. Ja, wij worden als parlementsleden aan de mouw getrokken door actoren uit de gezondheidszorg. Dat gaat dan om bedrijven, om zorgverstrekkers, om patiënten. Het is onze taak om die mensen, de stakeholders van de gezondheidszorg, te aanhoren en u te confronteren met anomalieën die wij vaststellen.

Ik sluit af, mijnheer de minister. Gebruik dit reces goed om even bij uw positieven te komen. U zult nog een jaar met alle belangengroepen aan tafel moeten zitten. U zult nog een jaar beleid moeten voeren. Ik hoop dat dit in een zekere sereniteit zal lukken.

U kunt wel zeggen dat u ons nog op een aantal situaties zult wijzen, maar een koehandel op de kap van de patiënt kan niet. Een koehandel ten koste van de veiligheid van Iraanse mensen die hier aan het betogen zijn, kan ook niet.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De problemen bij de terugbetalingsprocedure voor combinatietherapieën" (55037673C)

06 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes liés à la procédure de remboursement de thérapies combinées" (55037673C)

06.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, vandaag rijzen er problemen rond de toegankelijkheid van combinatietherapieën. Aangezien de procedure gericht is op de terugbetaling van één molecule van één firma, duurt het zeer lang en is het zeer complex om de waarde te bepalen en terugbetaling te krijgen voor combinatietherapieën, waar minstens twee producten en meestal twee bedrijven bij betrokken zijn. Door onduidelikheden rond het mededingingsrecht kunnen de betrokken firma's hun klinische data niet delen, waardoor die exclusief blijven bij één firma, wat oncomfortabel is voor firma's die op vele andere domeinen elkaars concurrenten zijn. Ten slotte is er de vraag bij de waardebepaling van een combinatietherapie hoeveel elke firma voor zijn product recht heeft.

U werkt aan de aanpassing van de terugbetalingsprocedure. Heeft de terugbetaling van combinatietherapieën daar een plaats in? Zo ja, hoe zult u de procedure aanpassen, zodat die minder complex is en sneller kan verlopen dan vandaag? Zo niet, hoe wilt u het probleem oplossen?

Zal er duidelijkheid worden verschaft over het delen van klinische data tussen de firma's die elk een product leveren in het kader van zo'n combinatietherapie? Zult u stappen ondernemen om dat mogelijk te maken, indien dat nog niet het geval is?

Hoe wilt u de waarde van combinatietherapieën bepalen en die verdelen tussen de firma's die elk een bijdrage leveren in een combinatietherapie?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een van de onderwerpen die aan bod zijn gekomen tijdens het stakeholdersoverleg over een vernieuwd geneesmiddelenbeleid, zijn de combinatietherapieën. Alhoewel er geen afzonderlijke procedure is opgenomen in de regelgeving voor de vergoeding van combinatietherapieën, bestaat vandaag de mogelijkheid dat twee firma's gelijktijdig een terugbetalingsdossier indienen bij de CTG. Firma A baseert zich op de klinische studies van de combinatietherapie die firma A heeft uitgevoerd. Firma B kan verwijzen naar de evidentie in het dossier van firma A en naar gepubliceerde data.

Momenteel blijkt de grootste kwestie bij de eventuele vergoeding van combinatietherapieën te zijn dat men er vaak onterecht van uitgaat dat de som van de kosten voor firma A en de kosten voor firma B gelijk worden gesteld aan de kosten en in verhouding worden gebracht tot de waarde van combinatietherapie van firma A en firma B.

Echter, de waardebepaling gebeurt voor een therapie, of dat nu gaat om een monotherapie of een combinatietherapie, en daar mag eigenlijk geen verschil in zijn. Er worden kosten bepaald voor de combinatietherapie en dat houdt een moeilijkheid in. Vandaag worden de dossiers geval per geval met de respectieve fabrikanten doorgesproken. In dat verband is in onze roadmap Vernieuwd Geneesmiddelenbeleid opgenomen dat de ad-hocregeling moet resulteren in een in overleg tussen het CTG-bureau en de industrie uitgewerkte uniforme aanpak. Mijn beleidscel heeft dan ook aan de voorzitter van de CTG gevraagd om een werkgroep op te richten en een meer uniforme aanpak uit te werken.

De terugbetaling van de verschillende componenten van een combinatietherapie moet noodzakelijkerwijs worden gecoördineerd en daarin zullen nog de kwesties van het delen van klinische data en de waardebepaling van de combinatietherapie aan bod komen.

06.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u ervoor dat u werk maakt van oplossingen voor de terugbetaling van combinatietherapieën, die aanzienlijke voordelen opleveren voor de patiënten. We zullen zelf ook mee nadenken over mogelijke oplossingen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement par les assurances des mastectomies dans le cadre d'une transition" (55037700C)

07 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling door de verzekering van borstamputaties in het kader van een transitie" (55037700C)

07.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous relaie ici la problématique de la famille d'un adolescent transgenre qui doit subir une mastectomie, une opération liée à sa transition. L'assurance des parents exige, pour accorder la prise en charge de l'opération, une attestation d'un pédopsychiatre attestant d'une dysphorie de genre, alors même que l'hôpital et la mutuelle ont marqué leur accord pour cette opération.

Les pédopsychiatres n'acceptent pas de donner cette attestation. Plusieurs ont exprimé un malaise face à cette demande d'autant que celle-ci ne constitue pas une obligation légale. Les conséquences pour la famille sont très lourdes en termes de coût supplémentaire à supporter.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me confirmer qu'une assurance n'a pas le droit d'exiger un certificat attestant d'une dysphorie de genre? Quels sont les recours lorsqu'une famille est confrontée à ce type de pratique? Comment cette famille peut-elle faire valoir son droit à la prise en charge de l'opération?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, la question que vous posez ne relève pas de ma compétence en tant que ministre des Affaires sociales et de la Santé publique puisqu'il s'agit d'une matière qui relève de l'assurance complémentaire. Je peux cependant vous informer du fait que l'INAMI intervient par le biais d'une convention qui a été conclue entre le Comité de l'assurance instituée auprès du Service des soins de santé de l'INAMI et les centres spécialisés en matière de transidentité dans l'accompagnement psychosocial et/ou médical dispensé par ces centres.

L'accompagnement psychosocial et médical se traduit par la mise en place d'un programme individuel multidisciplinaire qui consiste dans l'ensemble coordonné des actes réalisés en faveur d'une personne qui sont appropriés à sa situation, qui sont nécessaires pour atteindre les objectifs définis mais qui ne sont pas couverts par la nomenclature des prestations de santé. Ces actes sont dispensés sous la forme de séances individuelles, de séances familiales, de séances de groupe ou d'entretiens pré- ou post-opératoires par les membres de l'équipe thérapeutique du centre.

Il convient de signaler qu'outre une intervention de l'assurance obligatoire dans l'accompagnement psychosocial, les personnes qui présentent une problématique en lien avec la transidentité peuvent également bénéficier d'une intervention de l'assurance dans la prise en charge psychologique générale de première ligne dans le cadre de notre convention relative aux soins psychologiques. L'INAMI intervient évidemment aussi dans le coût des interventions chirurgicales.

Ma réponse se concentre sur les soins de santé obligatoires et non pas complémentaires. Je crois qu'il est quand même important d'avoir cette vue d'ensemble.

07.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je pense qu'une de mes collègues a également posé une question à un autre membre du gouvernement. Nous réunirons les deux réponses afin de les transmettre à cette famille.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bescherming van de COVID-19-vaccins voor longtransplantatiepatiënten" (55037734C)

08 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La protection offerte par les vaccins contre le Covid-19 aux patients transplantés du poumon" (55037734C)

08.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het UZ Leuven heeft een studie uitgevoerd bij 1.878 transplantatiepatiënten, waarbij ze onderzochten in welke mate ze beschermd waren tegen corona na herhaaldelijke vaccinatie. Het ging daarbij om patiënten met een lever-, long-, hart-, nier-, darm- of pancreastransplantatie. De transplantatiepatiënten werden bij de vaccinatie tegen corona beschouwd als risicopatiënten omdat ze immuunsysteemonderdrukkende medicatie tegen afstoting van het donororgaan krijgen. Ze kregen daarom bij de vaccinatierondes ook voorrang.

De studie bevestigde de veiligheid van de vaccins. Er werden geen ernstige bijwerkingen vastgesteld. De studie stelde echter wel vast dat er aanzienlijke verschillen zijn in de aanmaak van antistoffen en bescherming tegen een corona-infectie. Bij mensen met een levertransplantatie had 90 % antistoffen opgebouwd na de derde vaccinatie. Bij patiënten die een longtransplantatie hebben ondergaan, was de bescherming veel minder goed, namelijk slechts 48 %. Een mogelijke verklaring is volgens het UZ Leuven dat die patiënten meer immuunonderdrukkende medicatie krijgen dan andere transplantatiepatiënten en dat het virus in de eerste plaats de longen aantast. De artsen vragen dan ook een extra aanpak op maat binnen de totale groep van transplantatiepatiënten. Mogelijkheden zijn een extra vaccinatie, antivirale therapie of het toedienen van bijkomende antistoffen.

Wordt in het kader van de nieuwe vaccinatieronde die in oktober start, onderzocht of een extra vaccinatie voor longtransplantatiepatiënten wenselijk is? Worden andere pistes onderzocht om deze groep patiënten beter te beschermen tegen een besmetting met het coronavirus?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Caluwé, de doelgroepen van de nieuwe vaccinatieronde in het najaar zijn gebaseerd op aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad. De Hoge Gezondheidsraad beveelt een bijkomende dosis mRNA-vaccin tegen COVID-19 aan voor bepaalde risicogroepen met een verhoogd risico van overlijden of ernstige vormen van ziekte. Daaronder vallen onder andere patiënten die lijden aan immunosuppressie ten gevolge van een orgaantransplantatie.

Ten tweede, longtransplantatiepatiënten behoren tot de immuungecompromitteerde groepen patiënten waarvoor bijkomende antistoffen zoals Evusheld, een bescherming tegen besmetting, ter beschikking zijn gesteld, of antivirale middelen zoals Paxlovid voor de behandeling van besmette personen. Spijtig genoeg worden de recente varianten van het coronavirus niet meer voldoende geneutraliseerd door de Evusheldantistoffen. Recente varianten zijn wel nog gevoelig voor Paxlovid. Onderzoek naar nieuwe, bijkomende antistoffen en nieuwe antivirale middelen loopt nog.

De Task Force Therapeutics Viral Diseases werkt regelmatig zijn richtlijnen bij voor de behandeling van patiënten met COVID-19, ongeacht of die patiënten in een huisartsenpraktijk of in een ziekenhuis worden behandeld. De behandeling van immuungecompromitteerde patiënten, inclusief transplantatiepatiënten, is goed beschreven en de behandelingsopties zijn duidelijk gedetailleerd. Ik verwijs daarvoor naar een webpagina van het KCE. Die patiënten kunnen ook steeds de beste manier van bescherming tegen COVID-19 binnen hun individuele situatie bespreken met hun behandelende arts. Daarnaast blijft het voor kwetsbare groepen, alsook voor de algemene bevolking, aangewezen om hygiënemaatregelen zoals handen wassen, een veilige afstand bewaren, goede ventilatie, thuisblijven bij symptomen en mondmaskerdracht, te blijven volgen. Ziekenhuizen hebben ook verantwoordelijkheid om bijkomende maatregelen, zoals mondmaskerdracht, te verplichten om kwetsbare patiënten te beschermen indien nodig.

08.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik kan daar niets aan toevoegen. Bedankt voor uw antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet Born in Belgium Professionals" (55037743C)

09 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het project Born in Belgium Professionals" (55037743C)

09.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la plateforme partagée en ligne Born in Belgium Professionals est un projet de l'INAMI qui centralise les informations sur la situation psychosociale de la femme enceinte et les met à disposition de ses intervenants du secteur paramédical et social.

Un dépistage formaté des vulnérabilités psychosociales permet aux prestataires d'aide et de soins d'offrir des soins personnalisés aux femmes enceintes. L'accompagnement inclut aussi davantage de prestations de soins pré- et postnatales.

Ce projet soulève plusieurs questions. Concernant la finalité du projet, que prévoit le projet pour les plus vulnérables, les femmes qui n'ont pas de mutuelle ni de numéro national? Le questionnaire prévoit une série de questions formatées comme: est-ce que vous êtes battue? Est-ce que vous travaillez au noir? Ce sont des questions qui habituellement requièrent beaucoup de questions préliminaires et une haute relation de confiance au préalable. Je comprends que les données ne soient pas anonymes pour des raisons de suivi. Mais qu'en est-il du risque de stigmatisation? Les données sont conservées sept ans. Qu'en est-il du droit à l'oubli?

Concernant la partie technique et la protection de la vie privée, la plateforme est une application web, ce qui la rend plus flexible mais aussi vulnérable en termes de sécurité: les données sont collectées par l'ASBL Together We Care, qui ne bénéficie pas des mesures de sécurité qui entourent d'habitude les données socio-sanitaires, d'autant que les données ne sont pas anonymes pour des raisons de traitement. Par ailleurs, les données sont traitées par cette ASBL et par une liste conséquente de partenaires. Des cloisonnements sont-ils prévus? Une association a-t-elle accès uniquement aux données des patientes qu'elle suit? La déclaration ne le stipule pas clairement.

Les patientes ont le droit de prendre connaissance à tout moment des données personnelles collectées dans le cadre de l'outil Born in Belgium Pro et de l'usage qui en est fait. Comme il s'agit de personnes vulnérables, souvent privées d'outils numériques, comment ce droit est-il effectivement mis en œuvre?

Dans la déclaration nous pouvons lire: "Si la personne concernée refuse de communiquer certaines données à caractère personnel ou si elle demande la suppression de certaines données à caractère personnel, l'outil Born in Belgium Pro pourrait ne plus fonctionner de manière optimale." Cette disposition est-elle légale?

Enfin, le remboursement de l'encodage est-il le même pour le gynécologue et pour la sage-femme?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, selon un principe très important, il y a une inclusion totale de toutes les femmes, y compris celles sans mutuelle ou sans numéro national, dans cet instrument afin qu'elles obtiennent les mêmes droits. Toutes les organisations partenaires impliquées dans le projet Born in Belgium Pro souscrivent au principe selon lequel la qualité de l'aide ou des soins doit toujours être égale pour chaque femme.

Pour les personnes qui ne possèdent pas ou pas encore de numéro de registre national, de numéro *bis*, un numéro unique alternatif a été créé. Le traitement des données est effectué en toute légalité et conformément à la législation applicable.

Les questions posées dans l'instrument relatives à la situation professionnelle et au fait de savoir si les femmes enceintes ont été victimes de violences physiques, et dans l'affirmative à quelle fréquence, ont été validées. Le processus est documenté dans une publication scientifique. Chaque nouvel utilisateur suit une formation d'une journée sur l'interrogation non stigmatisante des femmes enceintes. De cette façon, il est possible de remédier à d'éventuelles vulnérabilités et de veiller à ce que de meilleures conditions soient mises en place au moment de l'accouchement.

La formation des partenaires et de leurs prestataires de soins et sociaux qui souhaitent utiliser l'outil Born in Belgium Pro est dispensée par un groupe d'experts de l'ASBL Together We Care. Lors de ces formations, il est communiqué qu'aucune femme enceinte ne peut être exclue en raison de son âge, de son orientation sexuelle, de sa religion ou de ses convictions. De plus, il est notifié que les données enregistrées ne peuvent être utilisées que pour l'outil de dépistage, de suivi et/ou la réalisation de parcours de soins personnalisés et individualisés et pas du tout pour un profilage. Ils ne seront, par exemple, jamais proposés à des institutions d'assurances privées. Toute cela figure dans le projet et est très clairement communiqué au cours des formations.

En ce qui concerne le délai de conservation des données, si la femme ne souhaite plus que son dossier soit partagé dans l'outil elle peut retirer son consentement éclairé, arrêter la relation thérapeutique ou demander l'effacement de ses données.

Born in Belgium Professionals est, à l'origine, un projet de l'INAMI qui s'insère dans le cadre du *Livre blanc sur l'accès aux soins de santé*. Avec la croissance du projet et la portée de l'outil, une propre personnalité morale a été mise en place, l'ASBL Together We Care qui chapeaute le projet, se consacre à l'optimisation de l'accès aux soins et de leur continuité et tente également d'identifier les besoins des prestataires sociaux et de soins et de les soutenir.

Au sein de cette ASBL, un *data protection officer* a été désigné et assure que le projet reste conforme à la législation RGPD. Un *data protection impact assessment* a également été réalisé. De plus, la procédure pour devenir un partenaire de santé en ligne (entrée dans le eHealth Partnership) est en cours sur la plateforme eHealth.

Une association en tant que telle n'a jamais accès aux données de la plateforme Born in Belgium Professionals, sauf aux données statistiques de très haut niveau et donc agréées.

Une femme enceinte doit donner son consentement libre, spécifique et éclairé avant qu'un prestataire de soins de santé avec relation thérapeutique y ait accès. Une liste transparente et claire des organisations partenaires du projet Born in Belgium Pro et de leurs prestataires de soins et d'assistance est disponible en ligne.

Les femmes enceintes reçoivent une brochure d'information pour leur expliquer comment elles peuvent accéder aux données personnelles traitées par l'outil Born in Belgium Pro. Si elles le souhaitent, elles peuvent envoyer une demande à Together We Care ou s'adresser au professionnel de soins de santé qui fournira un aperçu des données personnelles.

Une femme enceinte qui ne souhaite pas que son prestataire de soins utilise l'outil recevra toujours les mêmes soins de qualité. La seule différence réside dans le fait que le questionnaire de dépistage ne peut pas être rempli de manière électronique ou digitale mais doit être documenté par le prestataire de soins de manière traditionnelle.

À ce stade de développement du projet, je peux seulement confirmer qu'un honoraire sera prévu pour réaliser le screening des femmes enceintes avec l'outil en question, mais il n'y a encore aucun montant fixé pour le moment. Voilà pour mes réponses qui, je l'espère, vous rassureront.

09.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Ce qui continue à ne pas me rassurer, c'est que la coupole qui va gérer toutes ces données est une ASBL dont on ne connaît pas les parties prenantes. Je trouve que cela manque de transparence. Il s'agit d'un projet de l'INAMI, qui a décidé de le sous-traiter à une instance privée.

Même si les données sont incluses dans la plateforme eHealth, je ne trouve pas que ce soit très clair. Est-il prévu que le projet revienne intégralement dans le service public, vu qu'il est pris en charge par l'INAMI? Quel est le futur prévu pour ce projet? Restera-t-il au sein de l'ASBL Together We Care? Ces données traitent de santé publique et doivent être éminemment sécurisées. Je ne pense pas qu'une ASBL privée soit idéale pour les gérer.

09.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je ne pense pas qu'il s'agisse d'une privatisation sauvage de ce projet via cette ASBL. Une responsabilité morale juridique claire a été créée, avec toutes les garanties nécessaires. Je n'y vois pas de privatisation. Toutefois, je ne dispose pas ici de la composition de cette ASBL. Je pourrais revenir vers vous avec plus d'informations et une lettre de leur part clarifiant la situation.

09.05 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Oui, cela m'intéresserait.

09.06 **Frank Vandenbroucke**, ministre: D'accord. Je vais vous envoyer davantage de documentation.

09.07 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Merci.

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

10 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Misbruik in de thuisverpleging" (55037750C)**

10 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les abus dans le cadre des soins à domicile" (55037750C)**

10.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, thuisverpleging is een heel belangrijk onderdeel in het leven van veel mensen die regelmatig zorg nodig hebben. Naast de verzorging bieden thuisverpleegkundigen ook een luisterend oor aan eenzame en kwetsbare patiënten, vooral ouderen. De band tussen zorgverstreker en patiënt is er een van professionaliteit en vertrouwen. Helaas werd in het verleden al eens die persoonlijke band gebruikt voor minder eerbare doeleinden en was er sprake van misbruik van vertrouwen of diefstal. Ik ben van mening dat het essentieel is om het vertrouwen en de integriteit in de thuisverpleging te waarborgen.

Hoeveel klachten werden er de afgelopen jaren ingediend door patiënten tegen thuisverpleegkundigen, bijvoorbeeld wegens misbruik van vertrouwen of diefstal?

Welke maatregelen neemt u om misbruik in de thuisverpleging te voorkomen en op te sporen?

Op welke wijze wordt de kwaliteit van de verleende zorg in de thuisverpleging gecontroleerd?

Hoe wordt er samengewerkt met andere relevante instanties, zoals lokale overheden en beroepsorganisaties, om misbruik in de thuisverpleging tegen te gaan?

Wat is het beleid met betrekking tot sancties en straffen voor degenen die schuldig bevonden zijn aan misbruik in de thuisverpleging?

Een tijd geleden was er het dossier rond Altrio over het afsnoepen van patiënten. Ontving u daarover nog klachten of zijn de problemen ondertussen allemaal opgelost?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor alle duidelijkheid, het RIZIV is enkel op de hoogte van misbruik in het kader van een onterechte aanrekening. Ten eerste, er waren in 2020, 2021 en 2022 respectievelijk 190, 167 en 182 meldingen bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGE) met betrekking tot thuisverpleegkundigen.

Ten tweede, de Overeenkomstencommissie Verpleegkundigen-Verzekeringsinstellingen onderzoekt continu hoe de RIZIV-regelgeving inzake de thuisverpleging kan worden verbeterd. Daarbij wordt uiteraard ook aandacht besteed aan eventuele fraude inzake de terugbetaling vanuit de ziekteverzekering. Als de Overeenkomstencommissie mij voorstellen in dat kader bezorgt, zal ik die zeker aandachtig bekijken. Daarnaast voert de DGE systematisch risicoanalyses van alle zorgverleners.

Wat uw derde vraag betreft, op basis van de kwaliteitswet moet de federale toezichtcommissie een

essentiële rol spelen.

Ten vierde, de helft van de mandaten in de Overeenkomstencommissie is toegekend aan vertegenwoordigers van de thuisverpleging, zowel uit representatieve beroepsorganisaties van de zelfstandige thuisverpleegkundigen als uit de dienstenthuisverpleging. De sector is dus wel degelijk betrokken bij de uitwerking en opvolging van de RIZIV-regelgeving. De DGEC werkt in grote fraudedossiers ook samen met het arbeidsauditoraat.

Ten vijfde, voor de inbreuken van misbruik van vertrouwen en diefstal door de thuisverpleegkundigen kan de DGEC zelf geen maatregelen vorderen of opleggen. Daarentegen kan hij dat wel doen wanneer misbruik van het budget van de ziekteverzekering vermoed of vastgesteld wordt. Artikel 67sexies van de GVO-wet voorziet erin dat de uitbetalingen door de verzekeringsinstellingen van de prestaties die de zorgverlener aanrekent via de derde-betalersregeling, geheel of gedeeltelijk geschorst kunnen worden. Dat kan gebeuren voor een periode van maximaal 12 maanden, als er ernstige, nauwkeurige en met elkaar overeenstemmende aanwijzingen van bedrog door de zorgverlener voorhanden zijn. De schorsing, die de leidend ambtenaar van de DGEC kan opleggen, is een voorlopige maatregel en daarbij gaat het niet over een sanctie, noch over een verbod om aan te rekenen via de derde-betalersregeling. Wanneer de sociaal inspecteur van de DGEC een inbreuk vaststelt in een proces-verbaal van vaststelling, kan de leidend ambtenaar de maatregelen uit artikel 142, § 1, van de GVO-wet opleggen of vorderen voor de administratieve rechtscolleges. Dat gaat over een terugbetaling van de prestaties die ten onrechte aangerekend werden en/of een administratieve geldboete. Een terugbetaling is geen sanctie, maar een pure herstelmaatregel.

De administratieve rechtscolleges zouden daarnaast een verbod op de toepassing van de derde-betalersregeling kunnen opleggen als bijkomende maatregel ten aanzien van zorgverleners die misbruik maken van die regeling. De DGEC moet dat expliciet vorderen. Het gaat om een verbod van minimaal vijf dagen en maximaal twee jaar.

De dienst communiceert niet over lopende onderzoeken.

10.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Vooral dat laatste interesseert mij. Op mijn vragen rond het dossier-Altrio antwoordde u dat er een onderzoek was uitgevoerd en dat u geen anomalieën zag. U verwees toen ook naar de deelstaten, waar mevrouw Crevits eigenlijk hetzelfde antwoord gaf. Nu geeft u eigenlijk aan dat er toch nog altijd een onderzoek loopt. U zegt dat u niet communiceert over lopende onderzoeken.

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, zo is dat.

10.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Kan ik daaruit afleiden dat er opnieuw klachten zijn ingediend?

10.06 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, dat is niet het geval.

10.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Hoe rijmt u uw verklaring dat het onderzoek vorig jaar was afgesloten met het feit dat het vandaag wel nog loopt?

De **voorzitter:** U bent aan uw repliek bezig. Het is wat vervelend als u altijd vragen blijft stellen.

10.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is het een of het ander.

10.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb u vorig jaar gezegd dat het onderzoek is afgesloten.

10.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Er loopt dus een nieuw onderzoek. Dan moeten er toch nieuwe

klachten of nieuwe feiten zijn?

10.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan niet uitsluiten dat er onderzoeken lopen over aanrekeningen van verpleegkundigen die met het bedrijf te maken hebben.

10.12 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb die vraag weken geleden ingediend. U zou toch een antwoord kunnen geven of hier nu onderzoeken lopen naar Altrio op basis van nieuwe klachten of niet?

10.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb u, ondertussen een tijdje geleden, gezegd dat ik een onderzoek had laten uitvoeren naar Altrio. Ik heb u daar de conclusies van gegeven. Dat is afgesloten.

10.14 **Kathleen Depoorter** (N-VA): En nu zegt u mij dat u geen antwoord geeft over lopende onderzoeken in verband met Altrio.

10.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er loopt geen grootschalig onderzoek over Altrio, maar ik kan hier niet uitsluiten dat er eventueel verpleegkundigen zijn die iets te maken hebben met Altrio waar eventueel een onderzoek over loopt.

De **voorzitter**: Dat is dus het antwoord van de minister. U hebt nu repliektijd.

10.16 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het over details. We hebben het over vraag en antwoord en het zijn de details die ertoe doen. Ik stel vast dat u echt niet op de hoogte bent van wat er in uw diensten gebeurt. Mijn vraag is of u onlangs nog klachten ontving over Altrio en u hebt geantwoord dat u niet communiceert over lopende onderzoeken. Mijn vaststelling is dus dat u niet weet wat er gebeurt in uw diensten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 **Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'éradication de l'hépatite C d'ici 2030" (55037747C)**

11 **Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitroeiing van hepatitis C tegen 2030" (55037747C)**

11.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, depuis 2016, la Belgique s'est engagée à éliminer les hépatites virales d'ici 2030, aux côtés de 195 États membres de l'OMS. Mais en ce qui concerne l'hépatite C, notre pays ne semble pas être en voie d'atteindre les objectifs d'élimination à ce jour, avec environ 18 000 infections actives et environ 300 décès par an. Pour atteindre cet objectif, nous devons traiter au moins 1 200 patients par an en Belgique.

L'hépatite C est un problème complexe, qui sévit surtout en marge de la société. Certains groupes spécifiques encourent plus de risques de contamination: plus de 80 % de toutes les nouvelles infections VHC en Belgique ont lieu chez des personnes qui s'injectent de la drogue régulièrement ou occasionnellement. D'autres groupes se situent dans des milieux très différents comme les prisons (où seuls les détenus bénéficient du dépistage mais pas les prévenus), les centres d'accueil pour migrants ou dans les milieux MSM/HSH. On estime que les migrants non européens ont une séroprévalence au VHC qui peut être jusqu'à dix fois supérieure à celle de la population autochtone.

Si nous voulons éradiquer le virus en Belgique d'ici 2030, il est crucial de dépister et de traiter activement ces groupes de personnes.

Ce sont des patients compliqués à atteindre et à convaincre mais, de plus, la cascade de soins étant trop complexe, les patients abandonnent le suivi – le test doit être confirmé par un PCR réalisé à l'hôpital, puis un rendez-vous doit être pris pour le traitement en trois étapes – alors qu'un test & treat est réalisable avec le test Cepheid, qui confirme l'infection, et le traitement pourrait commencer directement.

De plus, les critères de prise en charge de l'INAMI, qui exige une attente de six mois avant le traitement, ouvrent un risque de réinfection et de transmission.

Monsieur le ministre, il reste sept ans au gouvernement pour atteindre les objectifs pour lesquels nous nous sommes engagés, un plan existe. Avez-vous eu un contact avec la coalition VHC et quels sont vos engagements pour atteindre les objectifs?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, madame Hennuy, dans l'objectif d'améliorer le dépistage précoce de certaines infections dont l'hépatite C, un projet d'arrêté royal encadrant les tests d'orientation diagnostique visant à donner un résultat indicatif quant à l'existence d'une infection par la syphilis ou par l'hépatite B ou C est en cours de finalisation auprès de mon administration.

Ce texte a été préparé avec l'implication de la Coalition hépatite C et du Comité de monitoring du VIH. Ce projet d'arrêté royal, qui encadre le dépistage démedicalisé de l'hépatite B ou C et de la syphilis, constitue une avancée majeure qui va faciliter l'accès au dépistage et au traitement pour les populations difficiles à atteindre et qui ne fréquentent pas le système de soins. Le dépistage démedicalisé des hépatites et de la syphilis pourra ainsi être combiné à celui du VIH qui est légalisé depuis quelques années.

Pour ce qui concerne les prisons, une offre de dépistage pour le VIH et les hépatites B et C est disponible pour les détenus. Mon collègue et ministre de la Justice, Vincent Van Quickenborne, peut fournir plus d'informations à ce sujet.

11.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, j'attendrai de voir le contenu de cet arrêté royal en cours. J'espère qu'il prévoira, en tout cas, la fin de cette attente de six mois pour permettre aux personnes d'être traitées beaucoup plus rapidement et d'éviter la recontamination et la dégradation de la maladie. Je ne sais pas en dire beaucoup plus car je ne dispose pas des détails de l'arrêté royal en cours. Je vous reviendrai le cas échéant.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe vaccinatiecampaagne" (55037752C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De herfstcampagne in verband met de covidvaccinatie" (55037789C)

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatiecampaagne in de herfst" (55038091C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rol van de apothekers in de griepvaccinatiecampaagne" (55038144C)

12 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle campagne de vaccination" (55037752C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne automnale de vaccination contre le coronavirus" (55037789C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan de vaccination automnale contre le covid" (55038091C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rôle des pharmaciens dans la campagne de vaccination contre la grippe" (55038144C)

12.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Daarnet stelde collega De Caluwé al een aantal vragen over de vaccinatiecampagne, die een beetje zullen overlappen met de mijne. Onlangs is er inderdaad beslist dat er een nieuwe vaccinatiecampagne tegen het coronavirus zou starten. De vaccinatie wordt aanbevolen voor risicogroepen waaronder, maar niet beperkt tot de 65-plussers, zwangere vrouwen, mensen met onderliggende aandoeningen en het zorgpersoneel.

Vanaf midden september 2023 zou het coronavaccin voor iedereen beschikbaar zijn. Ik heb vernomen dat we in de apotheek vanaf 4 september 2023 zouden kunnen bestellen. Vanaf 12 september zou er dan gevaccineerd kunnen worden. De booster wordt ook aangeraden voor mensen die lijden aan obesitas of een verzwakt immuunsysteem hebben.

Graag had ik nog wat meer info van u ontvangen, mijnheer de minister. Het gaat om iets meer dan twee miljoen mensen die vanaf midden september 2023 een boostervaccin zouden kunnen krijgen. Ik heb gelezen dat u ertoe oproept om het griepvaccin samen met het coronavaccin te nemen. Echter, qua timing zitten we daar in de knoop. Immers, volgens het advies dat werd uitgestuurd naar de woonzorgcentra, wordt er aangeraden om het vaccin tegen COVID-19 voor 15 oktober toe te dienen, terwijl het griepvaccin pas vanaf 15 oktober wordt toegediend. Kunt u ons die discrepantie even toelichten?

Is de overlap tussen de risicogroep met het griepvaccin en het coronavaccin trouwens volledig, of zijn er nog randbemerkingen?

Het kostenplaatje van de nieuwe vaccinatiecampagne had ik graag van u vernomen. Hoe zal dit worden gefinancierd? Hebt u extra middelen vrijgemaakt of bent u eindelijk tot een akkoord gekomen met de deelstaten daaromtrent?

Op welke wijze zullen de mensen geïnformeerd worden? Naar ik vernomen heb in de apotheek zou dit gewoon via een algemene campagne gebeuren, en niet met een uitnodiging. Kunt u dat bevestigen?

Graag had ik van u vernomen wie voor de distributie van de vaccins zal zorgen. Is er sprake van een nieuw contract voor de vaccindistributie of zal het huidige contract met Movianto daarvoor verder gebruikt worden?

Hoe staat het met de prijzen? Worden deze opnieuw onderhandeld?

Welke verdeelsleutel is er afgesproken met de deelstaten?

12.02 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, cd&v heeft een voorstel klaarliggen om de apothekers mee te betrekken in de griepvaccinatie. Wij bereiken in Europa helaas ook de griepvaccinatiegraad van 75 % nog steeds niet. Wij zullen dus echt nog wel een tandje moeten bijsteken. Die vaccinatiegraad is zelfs gedaald de voorbije jaren. Wij moeten daarop dus intensiever inzetten.

België vergrijst en wij weten dat er wel wat risicogroepen zijn die wij moeten aanzetten tot griepvaccinatie. Ook zal covid volgend jaar nog steeds belangrijk zijn. Cd&v gelooft in de eerste lijn en in de rol die deze kan spelen.

Hoe staat u tegenover het inschakelen van de apothekers in de griepvaccinatiecampagne? Wij zien immers dat een grote groep zich heeft aangemeld voor het coronavaccin. 65 % van de apothekers heeft een opleiding gevolgd. Er is dus echt wel een openheid om mee te werken aan de vaccinatie.

Hoeveel griepvaccins werden er reeds besteld voor het najaar 2023? Hoeveel vaccins denkt u dat we ter beschikking zullen hebben?

12.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik begin met de vragen van mevrouw Depoorter. Deze nieuwe vaccinatiecampagne is gebaseerd op een wetenschappelijk advies van de Hoge Gezondheidsraad. De door de Hoge Gezondheidsraad geïdentificeerde doelgroepen worden door de deelstaten gevolgd. Dit zijn de doelgroepen die een verhoogd risico lopen op een ernstig ziekteverloop of op overlijden door covid.

Daarnaast wordt een bijkomende dosis van het aangepaste vaccin aangeraden voor zorgpersoneel, om hen zoveel mogelijk te beschermen tegen het risico van een ernstig ziekteverloop van covid op individuele basis, om het risico van overdracht op kwetsbare patiënten zo klein mogelijk te maken en om het optimaal functioneren van de gezondheidssector te verzekeren tijdens de winterperiode.

Het advies is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur die is gepubliceerd in zowel wetenschappelijk *peer-reviewed* tijdschriften als in rapporten van nationale en internationale organisaties met deskundigheid op dit vlak, zoals ECDC, op de mening van experts, eerdere adviesrapporten van de Hoge Gezondheidsraad, wiskundige modelering, andere rapporten en de recentst beschikbare epidemiologische data. De bronnen en referenties kunnen worden geconsulteerd in het advies zelf, dat publiek beschikbaar is.

Op uw tweede vraag is het antwoord ja.

Wat uw derde vraag betreft, de vaccinatoren worden naargelang het vaccinatiekanaal vergoed. De vaccinatie in eerste lijn door huisartsen, apothekers en verpleegkundigen wordt vergoed via het RIZIV, in woonzorgcentra via de deelstaten en door zorgpersoneel via de arbeidsgeneeskundige diensten. De uiteindelijke financiële tenlasteneming wordt besproken in het Overlegcomité.

Wat uw vierde vraag betreft, de deelstaten staan in voor de operationalisering van deze nieuwe vaccinatiecampagne, waaronder de communicatie aan de bevolking.

Op uw vijfde vraag is het antwoord ja. De Hoge Gezondheidsraad raadt aan om de vaccinatie tegen COVID-19 en influenza bij voorkeur samen aan te bieden, indien dit mogelijk is, onder andere op logistiek en operationeel vlak.

Wat uw zesde vraag betreft, de distributie van de vaccins zal worden uitgevoerd door Movianto. Dat maakt deel uit van de openbare aanbesteding voor 2022-2025, gegund aan deze logistieke partner.

Wat uw zevende vraag betreft, de hoeveelheid te voorziene vaccins per deelstaat wordt afgesproken op basis van een inschatting van het aantal nodige vaccins.

Ik kom nu tot de vragen van mevrouw Farih. U had maar één vraag?

12.04 Nawal Farih (cd&v): Over de apothekers en over het aantal vaccins dat reeds is besteld voor 2023.

12.05 Minister Frank Vandenbroucke: Om de een of andere reden heb ik het antwoord over het aantal griepvaccins niet bij. Ik zal vragen dat u dat schriftelijk wordt bezorgd.

Ik kan u wel iets meer zeggen over de inschakeling van de apothekers. Ik denk inderdaad dat het goed zou zijn om in deze vaccinatiecampagne ook het griepvaccin door de apothekers te laten zetten en niet alleen het covidvaccin. Ik ben daar voorstander van en ik heb al een ontwerp in die zin ingediend in de federale regering. Ik heb de artsenorganisaties daarover verwittigd. Ik wil het daarover nog even hebben met hen, want ik weet dat belangrijke artsenorganisaties daar absoluut niet voor te vinden zijn. Dat was het punt dat ik wilde maken.

Mevrouw Depoorter, u hebt daarnet gezegd dat ik niet luister naar de artsenorganisaties, maar als ik hier luister naar de artsenorganisaties, zullen de apothekers dan weer boos zijn. Soms moet men echter iets beslissen. Ik ben ervoor dat de apothekers ook het griepvaccin kunnen zetten. De artsenorganisaties zullen daar voor een deel tegen zijn, maar toch zullen we dat misschien doen.

12.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, een koehandel organiseren tussen het op post blijven van een collega-minister en ereloosupplementen versus twee zorgverstrekkers die een spuitje zouden mogen toedienen, is toch wat kleintjes van u. Ga gerust in overleg met artsenorganisaties. Ik ben erg benieuwd wie er uiteindelijk de griepvaccins zal toedienen.

Uw timing klopt niet. Voor de oudere patiënten is het zo dat ze preferentieel voor 15 oktober een boosterbehandeling tegen covid-19 moeten krijgen. Pas daarna mag het griepvaccin worden toegediend. Misschien kunt u dit meenemen in uw overleg met artsen en apothekers.

Wat me ook verwondert is dat u, zonder afspraken over de verdeelsleutel tijdens de boostercampagne of over de financiering van de vorige campagnes, stelt dat Movianto de vaccins zal verdelen. De federale overheid heeft echter een contract afgesloten. Ik ga ervan uit dat u dan verder zult moeten betalen, want u zit met een contract dat niet wettelijk is voor de deelstaten. Als de deelstaten effectief aan zet zijn, zal er opnieuw moeten worden onderhandeld, moeten er nieuwe tenders komen en zal er een nieuwe verdeler voor de vaccins moeten worden aangeduid of een andere manier van vaccindistributie moeten worden afgesproken. In Wallonië hebben de groothandelaars daarin al een belangrijke plek ingenomen. In uw plaats zou ik er toch op letten, mijnheer de minister, dat u binnen het wettelijke kader blijft om een nieuwe juridische procedure te vermijden.

12.07 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, uw antwoord is positief. Voortschrijdend inzicht is altijd een goede zaak. U hebt eerder wel aangegeven dat u niet erg enthousiast was voor het inzetten van apothekers bij de griepvaccinatie. Ik heb het net nog eens opgezocht in mijn mondelinge vragen. U was daar toen echt wel tegen.

Het is dus een stap vooruit. Wij weten allemaal dat ook tijdens de coronacrisis de lokale apotheker erg toegankelijk was voor iedereen. De mensen sprongen daar vaker binnen dan bij de huisarts door de angst voor de hygiënische omstandigheden. In een wachtkamer zitten ten tijde van de coronapandemie is nooit evident geweest voor de patiënten, zeker niet voor kwetsbare doelgroepen. Het feit dat zij terecht zullen kunnen bij de apotheker, is dus een stap vooruit.

Op mijn vraag was uw antwoord niet erg specifiek. Ik heb gevraagd of de maatregel enkel voor het komende seizoen geldt dan wel of het om een vaste maatregel gaat.

12.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Farih, aangezien het om een gevoelige kwestie gaat, lijkt het mij beter dat te doen tot eind 2023, zoals dat ook voor de covidperiode gold. Dat is mijn voorstel, maar wij zullen de discussie ongetwijfeld nog voeren. Dat is echter mijn voorstel.

12.09 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben al blij dat u enigszins bent opgeschoven.

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

De **voorzitter**: Ik herinner even aan het verzoek om te proberen de vraag binnen het tijdsbestek van twee minuten te stellen en de repliek binnen het tijdsbestek van een minuut te houden. Wij hebben immers een lange agenda en ik zie de zaken maar moeizaam vorderen.

13 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van de DGEK betreffende de covidpremies voor tandartsen" (55037754C)

13 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation réalisée par le SECM concernant les primes covid pour les dentistes" (55037754C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de voorzitter. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEK) van het RIZIV heeft een evaluatie gemaakt van, onder andere, de COVID-19-premies die werden uitgekeerd aan tandartsen.

Tijdens de covidcrisis liepen tandartsen een verhoogd risico op besmetting door de aard van hun handelingen. Ze komen in contact met speeksel en besmette aerosolen, en ze zitten ook erg dicht bij de patiënt bij een behandeling. Ondertussen liepen de prijzen van ontsmettingsproducten en van beschermingsmateriaal sterk op door de toenemende vraag. Daarnaast was het in die periode aangewezen om meer tijd te laten tussen behandelingen om de ruimte goed te kunnen verluchten. Er waren dus duidelijk meeruitgaven voor de tandartsen, waarvoor forfaitaire tussenkomsten werden

vrijgemaakt door de overheid.

Volgens de evaluatie van de DGEC waren de uitgekeerde forfaits wel aan de hoge kant.

Waarom is er eigenlijk nooit een tussentijdse evaluatie gebeurd, waarbij de geldende prijzen en adviezen in rekening werden genomen?

Werd het idee van tussentijdse evaluaties nooit opgeworpen door bijvoorbeeld uw administratie?

Welke lessen trekt u uit de evaluatie die de DGEC maakte? Meent u dat de opvolging beter had kunnen worden aangepakt? Met andere woorden, zou u het in de toekomst anders aanpakken?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik kan u zeggen dat de ondersteuning aan de zorgverleners om om te gaan met de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen in het kader van COVID-19 wel degelijk tussentijds is opgevolgd.

Zo heeft het Verzekeringscomité in januari 2022 voorgesteld om die tijdelijke financiële tussenkomsten te verlengen aan gehalveerde bedragen voor de periode van 1 juli 2021 tot en met 31 maart 2022. Daarbij werd rekening gehouden met enerzijds de voorlopig aanhoudende kosten voor zorgverleners betreffende het aanschaffen van beschermingsmaatregelen en -materialen, en anderzijds de prijsevolutie van het beschermingsmateriaal en de huidige vaccinatiegraad, zoals toen bleek uit de beschikbare en ingezamelde informatie. Ik heb toen dat voorstel gesteund, zodat het geconcretiseerd werd via een koninklijk besluit.

In de toekomst kan het daadwerkelijke gebruik van beschermingsmateriaal het best een voorwaarde zijn voor de uitbetaling van een dergelijke premie, met een wettelijk bepaald controlemechanisme op de toekenningsvoorwaarden. Idealiter wordt de omvang van deze premie ook gelinkt aan de wijzigende kostprijs van beschermingsmateriaal, maar dat is niet zo eenvoudig om te implementeren.

13.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, volgens de evaluatie van de DGEC zou het gaan om een te hoog uitgekeerd bedrag van maar liefst 2.500 euro per maand per tandarts gedurende veertien maanden. De tussenkomst werd dan gehalveerd, maar ook dan zou er nog 500 euro per maand te veel zijn uitgekeerd. De ruwe optelsom voor de gehele tandartsenpopulatie – ik ken de exacte bedragen niet ken – bedraagt over die periode van 23 maanden honderden miljoenen euro aan te veel uitgekeerde bedragen. Om hoeveel geld gaat het exact? Ik zal daarvoor nog een extra vraag indienen.

Het lijkt erop dat men ondoordacht is omgegaan met die middelen en dat er geen correcte tussentijdse evaluatie heeft plaatsgevonden. De tandartsen dienden ook geen bewijzen op te sturen van de aankoop van beschermingsmateriaal. Blijkbaar beschermden bepaalde tandartsen zich helemaal niet beter tijdens de covidperiode. Dat geeft de DGEC ook aan. Dat bedrag was dus een extraatje voor tandartsen.

Indien die gegevens zouden kloppen, lijkt me dit een onverantwoorde uitgave, terwijl er zoveel middelen te kort zijn in de zorgsector. Dat geld zou beter zijn besteed aan een verhoogd tandartsbudget, zodat de patiënt daar mee van had kunnen genieten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het rapport van de DGEC voor 2022" (55037755C)**

14 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du SECM pour l'année 2022" (55037755C)**

14.01 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, deze vraag gaat over hetzelfde rapport van de DGEC, waarin men gekeken heeft naar de fraude door zorgverstrekkers. In 2022 bleek bijna 12 miljoen euro te veel aangerekend zijn door zorgverstrekkers. Het bedrag van de fraude is verdubbeld ten opzichte van 2021, tot 6,7 miljoen euro.

Als verklaringen geeft de DGEC aan dat fraudeurs zich steeds meer organiseren in nationale en internationale netwerken en dat zij vaker een beroep doen op niet of onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners.

Dit roept natuurlijk een aantal vragen op.

Hoe evalueert u bijvoorbeeld de rol van de verzekeringsinstellingen bij de fraudebestrijding? Vervullen zij volgens u hun taak voldoende? Indien dat niet het geval is, welke manieren ziet u om hen die taak beter te doen uitoefenen?

Kunt u specificeren wat men bedoelt met de organisatie van fraudeurs in nationale en internationale netwerken? Kunt u voorbeelden geven?

Kunt u aangeven wat men bedoelt met niet of onvoldoende gekwalificeerde zorgverleners? In welke disciplines vindt men die zorgverleners precies?

Kunt u duiden of er verschillen bestaan in fraudedossiers tussen de verschillende provincies of gewesten?

Men geeft ook aan dat de derde-betalersregeling fraudegevoelig is. Dat is de reden waarom bepaalde zorgverstrekkers die in de fout gegaan zijn die regeling niet meer mogen gebruiken. Door uw beleid wordt de drempel om de derde-betalersregeling toe te passen echter verlaagd. Ze zal dus vaker worden toegepast. Wat zult u concreet doen om fraude tegen te gaan?

De aanrekening van daghospitatieforfaits lijkt meer dan eens onterecht te gebeuren. In welke sectoren vinden wij die praktijk het meest terug? Welke maatregelen zult u nemen om dat fenomeen tegen te gaan?

Vindt u dat er voldoende wordt ingezet op de detectie van fraudegevoelige handelingen en op de opsporing van fraude? Indien niet, waar moet volgens u nog meer op worden ingezet?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, in het kader van de fraudebestrijding werken de verzekeringsinstellingen nauw samen met het RIZIV. Daarvoor zijn er verschillende overlegmomenten, zoals de antifraudecommissie en de maandelijkse overlegmomenten met het NIC datamining en controle.

Fraudebestrijding blijft een uitdaging, voor zowel de VI's als het RIZIV. Binnen het kader van het variabele deel van de administratiekosten van de VI's, de zogenaamde VARAK, gebeuren jaarlijks algemene prestatiecontroles van de VI's door het RIZIV. Een specifiek aandachtspunt voor de verzekeringsinstellingen is de kwaliteit van de facturatiegegevens om mogelijke fraude correct te detecteren. Dankzij de nauwere samenwerking tussen de DGEC en de VI's is er een hogere pak kans en een betere opvolging van zorgverleners die frauderen.

Ten tweede, de DGEC merkte recent in enkele grote fraudedossiers dat er zowel op nationaal als internationaal niveau op een georganiseerde manier misbruik wordt gemaakt van het Belgische gezondheidssysteem, bijvoorbeeld bij tandheelkundigen en thuisverpleegkundigen.

Ten derde, het blijven uitzonderingen binnen de grote groep zorgverleners, maar in enkele fraudedossiers van tandheelkundigen, thuisverpleegkundigen en zorgverpleegkundigen merkte de DGEC dat niet alle zorgverleners die zorg aanbieden en factureren de juiste kwalificatie hebben of identiteitsfraude plegen. Deze dossiers worden doorgestuurd naar het arbeidsauditoraat, dat daarvoor bevoegd is.

Ten vierde komt fraude in alle provincies voor. Binnen de sector thuisverpleegkunde zien we relatief meer intentionele inbreuken van fraude in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in de provincie Henegouwen.

Ten vijfde betreft de fraudegevoeligheid van het derde-betalerssysteem niet het systeem zelf, maar wel het feit dat een drempel verdwijnt, zodat een frauderende zorgverlener kan aanrekenen zonder

medeweten van de patiënt. Indien we de patiënten of verzekerden zicht geven op alles wat aangerekend werd in hun naam, vermindert de fraudegevoeligheid en behouden we de positieve aspecten van het derde-betalerssysteem, met name de verhoogde toegankelijkheid.

Als onderdeel van het actieplan Handhaving werd deze toegang voor verzekerden tot alles wat op hun naam wordt aangerekend uitgewerkt in het MyCareNet-akkoord tussen de VI's en het RIZIV. De VI's bereiden ook alles voor om ook de aanrekeningen in het kader van het derde-betalerssysteem zichtbaar te maken voor de betrokken verzekerde. Ik vind dat een erg belangrijk punt.

Ten zesde, volgens een studie van de DGEK werden voornamelijk in de urologie, stomatologie en algemene heelkunde dagziekenhuisforfaits aangerekend voor prestaties die eigenlijk in een polikliniek werden uitgevoerd. Het lopende project met betrekking tot aangepaste ziekenhuisfinanciering dient hiermee rekening te houden.

Ten zevende, de DGEK van het RIZIV voert systematisch risicoanalyses binnen verschillende domeinen van de gezondheidszorg. Zo wordt een rechtvaardige opvolging van alle zorgverleners, groeperingen en instellingen verzekerd. Vermits dat op facturatiegegevens gebeurt, is de kwaliteit ervan essentieel en voor verbetering vatbaar.

Door een classificatie naar de ernst van de risico's wordt voornamelijk ingezet op de belangrijkste inbreuken op basis van de beschikbare inspectiemiddelen.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de middelen zijn sowieso schaars. De uitgaven voor en investeringen in gezondheidszorg moeten juist en doordacht gebeuren. In een vorige vraag heb ik het er al over gehad dat wij geen verspilling mogen tolereren en uiteraard ook geen fraude. U geeft aan dat inzake de derde-betalersregeling extra maatregelen zullen worden genomen. Naar mijn mening is het heel belangrijk dat een patiënt op een begrijpelijke manier kan zien wat is aangerekend, dus dat het niet gaat om nomenclatuur, maar om een uitgeschreven verwoording van de toegepaste behandeling zodat daar al een eerste filter zit.

U zegt dat de georganiseerde fraude zich vooral in de tandheelkunde en thuisverpleegkunde voordoet. Ik stel voor dat daar goed op wordt ingezet. Bij al die zaken gaat het vaak om georganiseerde instellingen die vanuit het buitenland opereren. Ik wil echt oproepen tot waakzaamheid om te vermijden dat onze middelen op die manier naar het buitenland versluisd worden.

Wat betreft de rol van de verzekeringsinstellingen, er staat een groot bedrag tegenover hun administratieve taken. Elk jaar krijgen zij 1 miljard euro om hun administratie tot een goed einde te brengen. Het Rekenhof stelt telkens weer dat de verzekeringsinstellingen te weinig kunnen aantonen dat zij daarvan goed gebruikmaken en dat zij bijvoorbeeld voldoende inzetten op het opsporen van misbruik of fraude. Ik wil u vragen om de verzekeringsinstellingen te sensibiliseren, zodat zij zeker hun deel van het werk doen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Preventieve tandsteenverwijdering als terugbetalingsvoorwaarde voor subgingivale reiniging" (55037756C)

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le détartrage préventif comme condition de remboursement du détartrage sous-gingival" (55037756C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): De DGEK van het RIZIV heeft geëvalueerd of het zinvol is om een preventieve tandsteenverwijdering te behouden als voorwaarde om aanspraak te maken op terugbetaling van een subgingivale reiniging. Dat mag een detail lijken, maar het is wel belangrijk, want een beslissing ter zake treft ook individuele patiënten. Bovendien blijkt een en ander aanleiding te geven tot overconsumptie. Tandsteen moet immers sowieso zowel supra- als subgingivaal worden verwijderd,

wanneer parodontitis met subgingivale tandsteenaccumulatie wordt vastgesteld.

Daarnaast geldt er nog steeds een leeftijdsgrens voor de terugbetaling van subgingivale reiniging. Dat is wat mij betreft discriminerend, aangezien mensen op alle leeftijden te maken kunnen krijgen met parodontitis.

In het verleden werd, misschien per ongeluk, maar de helft van het bedoelde honorarium ingeschreven voor de subgingivale reiniging. Dat is dan ook de reden waarom de meeste parodontologen niet de mogelijkheid hebben om de behandeling uit te voeren aan het conventietarief en waarom de meeste parodontologen niet geconventioneerd zijn.

Vindt u dat de preventieve tandsteenverwijdering moet worden losgekoppeld van de subgingivale reiniging zoals de DGEK voorstelt?

Vindt u het verantwoord dat er een maximale leeftijdsgrens bestaat om aanspraak te maken op de terugbetaling van een subgingivale reiniging?

Graag verneem ik voorts van u wanneer de nomenclatuur voor subgingivale reiniging zal worden gecorrigeerd. Welke indicatieve timing ziet u daarvoor?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De DGEK trekt inderdaad in een interessant rapport de relevantie van het verplichte verband en dus de voorwaarden tussen een preventieve tandsteenverwijdering en de subgingivale reiniging, vooral wanneer die zeer kort na elkaar worden uitgevoerd, in twijfel. Het rapport bevat voorstellen om de nomenclatuur aan te passen om een meer preventieve aanpak te bevorderen.

Ondertussen werd op voorstel van de Technische Tandheelkundige Raad het criterium van een jaarlijks mondonderzoek, uitgevoerd in hetzelfde of het voorgaande kalenderjaar, toegevoegd in de nomenclatuur als criterium om een subgingivale reiniging te kunnen uitvoeren. Dat zou het probleem van de 'gedwongen' preventieve tandsteenreiniging deels kunnen oplossen, zoals de dienst ook vermeldt. Voorts denk ik dat het de Technische Tandheelkundige Raad toekomt om de nomenclatuur te evalueren en relevante wijzigingen voor te stellen.

U vroeg ook of het klopt dat de verstrekkingen rond parodontologie een leeftijdsbeperking hebben. De beperkingen werden voornamelijk ingevoerd om budgettaire redenen. Sinds 1 juli 2022 is de leeftijdsgrens voor de subgingivale reiniging wel opgetrokken van 55 naar 60 jaar. Daarnaast werken de bevoegde organen bij het RIZIV aan een nieuwe nomenclatuuraanpassing, waarbij het de bedoeling is om de leeftijdsgrens voor een parodontaal mondonderzoek ook op te trekken tot de zestigste verjaardag. Uiteraard hebben wij ook tot doel om leeftijdsgrenzen in de nomenclatuur te schrappen, maar dergelijke aanpassing wordt geleidelijk doorgevoerd naargelang van de beschikbare middelen.

Ten derde, in het kader van de opmaak van de begroting 2024 moeten de sectoren hun voorstellen van begrotingsprioriteiten indienen voor september. Ik laat daarom de Technisch Tandheelkundige Raad en de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen bepalen of de door u genoemde maatregel deel uitmaakt van hun prioriteiten voor 2024. Ik zal die voorstellen dan grondig bekijken.

15.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Ik hoop van harte dat u inderdaad prioritair werk maakt van die aanpassing. Het gaat tenslotte om een infectieziekte van het tandvlees, die ook haar weerslag heeft op de algemene gezondheid van een patiënt. Ze wordt in verband gebracht met hart- en vaatziekten en met diabetes bijvoorbeeld. In dat kader is het belangrijk dat iedereen toegang heeft tot een betaalbare parodontale behandeling. De nomenclatuur moet zeker worden aangepast ten gunste van de patiënt, zodat niemand meer eraan hoeft te twijfelen of hij zich een parodontale behandeling kan veroorloven. Zo is het vandaag wel.

Volgens mij is het niet verantwoord om de leeftijdsgrens te behouden, aangezien daar geen wetenschappelijke onderbouw voor is, al zien we ter zake een evolutie en is die nu naar 60 jaar – ik heb nog de tijd meegemaakt toen de leeftijdsgrens op 40 tot 45 jaar lag – verschoven. Patiënten komen vaker wel dan niet voor de eerste keer bij een parodontoloog, als ze ouder zijn dan 60 jaar. Het is echt

wel verantwoord om ter zake een wijziging aan te brengen. Als de terugbetaling voor de verplichte voorafgaande oppervlakkige tandsteenreiniging wordt geschrapt, komt er budget vrij dat kan worden geïnvesteerd in een betere terugbetaling van de subgingivale reiniging voor een breder publiek.

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

16 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Celginase" (55037758C)

16 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Celginase" (55037758C)

16.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, recent werd bekend dat artsen in Italië het kankermedicijn Celginase hebben geïmporteerd en ook hebben gebruikt. Het middel is in Europa nog niet goedgekeurd door het Europees Geneesmiddelenagentschap en kon in principe dus ook niet worden verdeeld. Het gebruik van het medicijn heeft ondertussen ook gevolgen gehad voor de patiënten in Italië.

Het voorval roept toch wat vragen op over de veiligheid en effectiviteit van in de EU geïmporteerde geneesmiddelen. Deze kwestie benadrukt nogmaals de noodzaak van strikte regulering en samenwerking tussen Europese landen om de veiligheid en effectiviteit van medicijnen te waarborgen. Ik denk dat u het met mij eens bent dat dergelijke incidenten in de toekomst moeten worden voorkomen.

Bent u op de hoogte van het incident met betrekking tot de import van het niet-goedgekeurde kankermedicijn Celginase in Italië? Werd in België ook Celginase geïmporteerd en gebruikt?

Zijn er vergelijkbare gevallen bekend in België waarbij niet-goedgekeurde medicijnen werden geïmporteerd en ook mogelijk zijn gebruikt voor de behandeling van patiënten?

Welke maatregelen treft u om ervoor te zorgen dat alleen goedgekeurde medicijnen op de markt komen en worden gebruikt in België?

Wat wordt er gedaan om de veiligheid en kwaliteit van geïmporteerde geneesmiddelen te waarborgen? Hoe zorgt men er dan voor dat zij ook voldoen aan de EU-normen?

Hoe verloopt de samenwerking tussen verschillende Europese landen, met inbegrip van Italië, België en andere relevante landen, om ervoor te zorgen dat dergelijke incidenten in de toekomst kunnen worden voorkomen? Is dit een van de speerpunten die u tijdens het Belgische voorzitterschap van de EU wilt meenemen?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het FAGG is op de hoogte van het incident met het medicijn Celginase dat in Italië is geïmporteerd. De bezorgdheid die in geval van invoer van Celginase zeker zou bestaan, komt voort uit het feit dat wij in ons land geen enkele informatie hebben over de kwaliteit van dit biologische geneesmiddel dat als werkzaam bestanddeel een enzyme heeft dat afgezonderd wordt uit *E. colibacteriën*. Wij hebben geen bevestiging dat de productiemethode voldoende gekarakteriseerd en gevalideerd is om een consistente kwaliteit van het geneesmiddel te leveren. Er zijn dus ernstige twijfels over de kwaliteit en de veiligheid, onder meer over mogelijke onzuiverheden en hoe die worden gecontroleerd. Het is ook twijfelachtig of de productie in een omgeving plaatsvindt die voldoet aan de Europese GMP-vereisten.

Het FAGG bevestigt mij dat ze geen kennis heeft van enige import van Celginase in België.

Wat uw tweede vraag betreft, de wetgeving op de geneesmiddelen laat in bepaalde gevallen toe dat niet-vergunde geneesmiddelen worden geïmporteerd of gebruikt. Dat geldt onder meer in het geval van de invoer door de apotheker van een geneesmiddel dat vergund is in het land van herkomst en dit op basis van een artsenverklaring, waarbij wordt bevestigd dat de patiënt niet adequaat kan worden behandeld met geneesmiddelen die ons land in de handel beschikbaar zijn.

Het kan eveneens de minister zijn die toestemming verleent voor het invoeren en het gebruiken van geneesmiddelen die niet in ons land vergund zijn en dit in het geval van absolute noodzaak en onder specifieke voorwaarden.

Mevrouw Depoorter, ik neem aan dat u eerdere mogelijke constructies bedoeld waarbij door het toedoen van ziekenhuizen, apothekers en of artsen, geneesmiddelen van buiten de EU zouden worden ingevoerd, zonder dat er voldoende garanties over de kwaliteit en de veiligheid kunnen worden gegeven en zonder enige controle door een Europese overheid.

Op het niveau van ons land volgt het FAGG dit op, terwijl ook de actoren die ik zonet heb genoemd hun verantwoordelijkheid hebben.

In het geval van de invoering van een geneesmiddel dat niet vergund is in de EU speelt de ziekenhuisapotheker uiteraard een belangrijke rol bij het garanderen van de kwaliteit van het geneesmiddel. De Belgische ziekenhuisapothekers overleggen onderling bij onbeschikbaarheden en gaan bij voorkeur op zoek naar geneesmiddelen die in de EU vergund zijn. Voor ze importeren, analyseren ze onder meer de bijsluiter en de samenvatting van de productkenmerken van het middel. Het is zeer onwaarschijnlijk dat een Belgische ziekenhuisapotheker het risico zal lopen om een product te importeren dat niet vergund is in de EU of een regio met gelijkaardige kwaliteitsstandaarden.

Wat uw laatste vraag betreft, standaard zijn de geïmporteerde geneesmiddelen vergund binnen Europa of een Europese lidstaat en voldoen ze aan de Europese normen. In uitzonderlijke gevallen kan het geneesmiddelen betreffen die buiten Europa vergund zijn. Geneesmiddelen die mogen worden geïmporteerd, dienen steeds vergund te zijn in het land van herkomst. De import van geneesmiddelen die vergund zijn in het land van oorsprong, maar niet noodzakelijk in het land van bestemming, is vaak een alternatief in het geval van onbeschikbaarheden.

Op Europees niveau wordt intens samengewerkt om het probleem van de onbeschikbaarheden aan te pakken. Ik heb daarover al uitleg gegeven in deze commissie.

16.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, er is natuurlijk een heel groot verschil tussen de zoektocht naar niet-vergunde geneesmiddelen in het kader van onbeschikbaarheden en het importeren van nieuwe geneesmiddelen die nog niet gecontroleerd zijn binnen de Europese Unie, die nog geen veiligheidsvoorschriften hebben en die dan worden toegediend aan de patiënten. U verwijst naar de ziekenhuisapotheker. Ziekenhuisapothekers zullen absoluut gaan zoeken naar de veiligheidsgaranties, de protocollen van de productie, de protocollen van toediening. We hebben hier echter te maken met een situatie waarin Celginase eigenlijk uit het niets werd voorgeschreven om een niet-evidencebased praktijktoepassing aan de patiënt te verlenen. Daar moeten we alert voor zijn. Daarop antwoordt u dat het onwaarschijnlijk is dat het gebeurt. De patiënten hebben daar natuurlijk niet veel boodschap aan. De overheid moet ervoor zorgen dat we ons er maximaal voor inzetten dat dergelijke situaties zich niet kunnen voordoen, dat patiënten niet in gevaar kunnen worden gebracht door een of andere nieuwe hype of een of andere nieuwe therapie.

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

17 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De productie van geneesmiddelen in eigen land" (55037759C)

17 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La production de médicaments en Belgique" (55037759C)

17.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag heb ik ingediend naar aanleiding van de onbeschikbaarheden van geneesmiddelen. Onlangs maakte de Franse president Emmanuel Macron bekend dat hij de productie van ongeveer vijftig geneesmiddelen terug naar Frankrijk wil halen. Dat initiatief volgt op de ervaringen van de covidpandemie, waarbij Frankrijk, maar ook ons land, afhankelijk was van buitenlandse leveranciers en tekorten van geneesmiddelen ondervonden heeft en nog altijd ondervindt. President Macron streeft daarmee naar

meer zelfvoorzienigheid en wil daarmee ook de productieketen van geneesmiddelen in eigen land versterken. Dat plan kan de Franse farmaceutische industrie stimuleren en de nationale veiligheid op het gebied van gezondheid versterken. Terecht bestaan er zorgen over de haalbaarheid en de kosten van dat initiatief.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van dat plan om een vijftigtal geneesmiddelen te produceren in Frankrijk? Ik vermoed van wel. Kunt u meedelen welke soortgelijke maatregelen onze regering heeft genomen of overweegt te nemen om de productie van geneesmiddelen in ons land te stimuleren?

Hebt u geanalyseerd in hoeverre de plannen van president Macron een invloed kunnen hebben op de concurrentiepositie van de farmaceutische industriesector van ons land? Zo ja, wat zijn uw bevindingen? Zo nee, waarom niet?

Bestaan er reeds bilaterale samenwerkingsverbanden tussen uw kabinet en Frankrijk om de productie van geneesmiddelen te bevorderen? Zo ja, kunt u daarover meer duidelijkheid verstrekken? Wat is de aard van die samenwerkingsverbanden?

Heeft uw kabinet plannen om met andere Europese landen samen te werken om de geneesmiddelenproductie binnen de Europese Unie te versterken en de afhankelijkheid van externe bronnen te verminderen?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, mijn beleidsceel is in nauw overleg met het kabinet van de Franse minister van Gezondheid, François Braun. Frankrijk heeft inderdaad vijftig kritieke geneesmiddelen geïdentificeerd waarvoor er grote kwetsbaarheden in de waardeketen zitten. President Macron heeft aangekondigd om voor vijftientig van die geneesmiddelen een deel van de waardeketen terug naar Europa te willen halen. Daarvoor heeft de Franse overheid een oproep tot de indiening van voorstellen gelanceerd en een budget van 50 miljoen euro vrijgemaakt.

Wij verwachten niet dat het Franse plan om de productie van kritische farmaceutische ingrediënten te hervestigen een negatieve invloed zal hebben op onze concurrentiepositie, omdat het voornamelijk gaat om medicijnen die niet meer in Europa worden gemaakt.

Aangaande uw vraag naar samenwerking, België zit samen met Frankrijk en een aantal andere landen in een zogenaamd belangrijk project van gemeenschappelijk Europees belang, de IPCEI, voor de gezondheidssector. Dit project wordt in België gecoördineerd door de FOD Economie. De IPCEI heeft drie doelstellingen, namelijk het vergroenen van productietechnologieën voor geneesmiddelen en actieve farmaceutische bestanddelen, het steunen van innovatie tegen antimicrobiële resistentie, zeldzame ziekten en opkomende gezondheidsbedreigingen, en het steunen van innovatieve technologieën voor cel- en gentherapie.

Het vergroenen van productieprocessen kan een gunstige invloed hebben op de Europese strategische autonomie, omdat producenten vaak verhuizen omdat er in andere landen minder strenge milieuvoorschriften zijn. Dat is soms ook een probleem voor de volksgezondheid. Het merendeel van de antibioticaproductie vindt vandaag plaats in Azië, waar productieafval vaak in het milieu terechtkomt. Dat draagt bij aan de antimicrobiële resistentie. Het is dus wel erg belangrijk dat we inzetten op het vergroenen van deze industrie.

Zoals u weet, heeft de regering op Europees vlak een voorstel voor een *critical medicines act* gelanceerd, omdat we ervan overtuigd zijn dat het verzekeren van de Europese medicijnbevoorrading het best op het niveau van de EU kan worden aangepakt. Door onze middelen en inspanningen Europees te bundelen, kunnen we tot veel betere resultaten komen voor deze complexe opdracht. We hebben daarom voorlopig ook geen unilaterale maatregelen getroffen, maar we blijven zeer actief aan deze Europese kar trekken.

17.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik vind het een ietwat flauw antwoord. We zijn het erover eens dat we de medicijnenvoorraad naar Europa moeten brengen en dat de productieketens er effectief voor moeten zorgen dat we meer strategische autonomie in Europa kunnen

hanteren, maar eigenlijk hebt u nog geen maatregelen getroffen. U hebt nog niets concreets gedaan.

U verwijst naar de samenwerking rond het vergroenen van technologie. Daarover heeft de farmaceutische sector op zich al heel veel bezorgdheden. Ik weet niet hoe u een paracetamol API zult fabriceren op een groene manier. Dat is namelijk zeer energie-intensief. Als u daar nog naar op zoek moet gaan, zal het lang duren voor u paracetamol in Europa zult produceren.

Ten tweede zegt u dat we innovatie zullen ondersteunen rond de antimicrobiële resistentie. Daar zit nu net een addertje onder het gras, mijnheer de minister. In de nieuwe *Pharmaceutical Strategic Planning for Europe* kan men een voucher inzetten die ervoor kan zorgen dat bij nieuwe antimicrobiële therapieën voor de innovatie van andere medicijnen deze langer hun *intellectual property* kunnen behouden. Dit kan een probleem vormen voor de *pharmavalley* die in ons land aanwezig is.

Als u effectief maatregelen wilt invoeren die ervoor zorgen dat er meer productie is van geneesmiddelen die minder innovatief zijn, geneesmiddelen die niet meer in Europa gemaakt worden, zult u te allen tijde ervoor moeten waken dat andere lidstaten daardoor niet net iets aantrekkelijker worden, en u zult ervoor moeten zorgen dat de meer dan 100.000 jobs in de farmasector in ons land gegarandeerd zijn, dat de toegang van onze patiënten tot innovatie door klinische studie gegarandeerd blijft. U zult ervoor moeten zorgen dat daarmee niet gespeeld wordt.

Het gaat om een big business waarmee, zeker voor de patiënt maar ook voor de economie, alert omgegaan moet worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[18] Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van hartfalen met gereduceerde ejectiefractie (HFrEF)" (55037765C)

[18] Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le traitement des insuffisances cardiaques avec fraction d'éjection réduite (ICFeR)" (55037765C)

[18.01] Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het RIZIV besliste om een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor de behandeling van patiënten met verslechtering van hartfalen met gereduceerde ejectiefractie, niet meer terug te betalen. Het is opmerkelijk dat het RIZIV in eenzelfde adem wel goedkeuring gaf voor een *compassionate use*-programma, waarbij het farmaceutische bedrijf het geneesmiddel gratis aanbiedt aan patiënten die het nodig hebben.

We willen er toch uitdrukkelijk op wijzen dat de goedkeuring van het *compassionate use*-programma net de medische noodzaak voor patiënten aantoont. We zien dat ook bevestigd in de praktijk, waar het vinden van patiënten die willen deelnemen aan het *compassionate use*-programma geen enkel probleem is.

Het is dan ook tegenstrijdig dat het RIZIV de terugbetaling weigert op basis van de argumentatie dat de fase 3-studie als achterhaald wordt beschouwd door recente wijzigingen in de standaardbehandeling en dat er behoefte is aan aanvullende regels, terwijl er toch een *compassionate use*-programma wordt toegestaan. Het feit dat het farmaceutische bedrijf binnen het *compassionate use*-programma geen gegevens kan en mag verzamelen, maakt het bovendien onmogelijk om verder gegevens te verstrekken, tenzij het product ook op de markt komt.

Bent u bereid om de beslissing van het RIZIV om ondanks de goedkeuring van het *compassionate use*-programma het geneesmiddel voor de behandeling van HFrEF niet terug te betalen, te herbekijken?

Kunt u argumenteren waarom patiënten in België geen toegang kunnen krijgen tot de noodzakelijke behandeling voor hartfalen, terwijl de goedkeuring van het *compassionate use*-programma aantoont dat er wel degelijk een medische noodzaak bestaat?

Welke maatregelen overweegt u te nemen om ervoor te zorgen dat patiënten met verslechtering van hartfalen in België wel toegang krijgen tot de nodige behandeling?

Bent u op de hoogte van de WAIT-indicator voor België met betrekking tot *fast and early access*? Graag verneem ik hoe u deze situatie wilt verbeteren en ervoor zult zorgen dat patiënten tijdig kunnen gebruikmaken van nieuwe behandelingen.

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is moeilijk om u een gedetailleerd antwoord te geven als de naam van het geneesmiddel niet vermeld wordt. Ik kan u echter wel zeggen, om misverstanden te vermijden, dat elke beslissing in verband met het al dan niet vergoeden van een geneesmiddel door mezelf als minister wordt genomen, en niet door het RIZIV. Volgens mijn informatie is er recent een dossier ingediend bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen met een aanvraag tot vergoeding voor de behandeling van patiënten met HFrEF, maar dat werd vroegtijdig teruggetrokken door het aanvragende farmaceutische bedrijf.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV treft de nodige voorbereidingen voor beslissingen over de vergoeding van farmaceutische specialiteiten en het FAGG behandelt de aanvragen voor gebruik in schrijnende gevallen en medische noodprogramma's. Bij het FAGG zijn er momenteel geen lopende medische noodprogramma's voor een geneesmiddel voor de behandeling van HFrEF.

Het algemene principe bij terugbetaling is dat tijdens een terugbetalingsprocedure onder andere wordt geëvalueerd in hoeverre een farmaceutische specialiteit tegemoetkomt aan een onvervulde medische nood, samen met de evaluatie van klinische, wetenschappelijke en economische elementen. Het is niet omdat er een medische nood bestaat, dat het betrokken geneesmiddel de nood vervult en/of het geneesmiddel vergoed kan worden tegen aanvaardbare kosten voor de ziekteverzekering.

Indien de registratiehouder een aanvraag tot vergoeding indient, zal deze volgens de geijkte procedures bekeken worden. Ik wil er verder op wijzen dat binnen de indicatie 'chronisch hartfalen' regelmatig aan vernieuwing wordt gedaan door nieuwe geneesmiddelen te evalueren en desgevallend terug te betalen.

De Waiting to Access Innovative Therapies Indicator (WAIT) is mij bekend. Ik denk niet dat die de volledige situatie reflecteert, want hij houdt bijvoorbeeld geen rekening met de tijd die farmaceutische bedrijven zelf nemen tussen de registratie bij EMA en de indiening van een vergoedingsaanvraag bij de CTG.

In het kader van de hervorming van de terugbetalingsprocedure in België wil ik een stelsel van *early and fast access* ontwikkelen.

18.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, het gaat om Verquvo, met als molecuule vericiguat. Het is niet de eerste keer dat wij zien dat een innovatief medicijn, dat aangeboden wordt voor terugbetaling in ons land, niet door de cirkel van terugbetalingsorganismen geraakt sinds u aan zet bent. Wij stellen een heel grote achteruitgang in innovatie en terugbetaling van innovatie vast.

Als ik met de collega's van Vooruit spreek over de WAIT-indicator en over de evolutie, zijn zij stellig en zeggen ze dat die WAIT-indicator verbetert. Ik kan echter alleen maar het tegenovergestelde vaststellen. De voorwaarden die u hanteert, blijken niet in het voordeel van de patiënten terecht te komen.

Als dan wel een *compassionate use*-programma wordt toegestaan, waar de firma gratis het medicijn ter beschikking stelt, lijkt mij dat u de evidentie van de molecuule wel inziet. Die wordt ook door het EMA bevestigd. Die wordt ook in de buurlanden bevestigd.

Dan komt echter de bottleneck, in de onderhandelingen met de firma's, waar volgens mij, dat zijn de echo's die ik hoor, de stroefheid komt bovendrijven. Als wij willen tot compromissen komen en onze patiënten toegang tot innovatie willen garanderen, zal de overheid flexibel moeten zijn.

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

De **voorzitter**: De vragen nr. 55037770C, nr. 55037771C, nr. 55038119C, nr. 55038154C, nr. 55038158C, nr. 55038206C en nr. 55038207C van mevrouw Fonck worden omgezet in schriftelijke vragen.

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uploaden van medische verslagen in CoZo" (55037801C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le téléchargement de dossiers médicaux sur CoZo" (55037801C)

19.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, tijdens een bespreking over verslaggeving aan huisartsen in het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg* is naar voren gekomen dat extramurale specialisten geen medische verslagen kunnen uploaden in CoZo, tenzij zij gebruik kunnen maken van een ziekenhuisprogramma. Dit geldt mogelijk ook voor andere platformen zoals Abrumet, Réseau Santé Wallon enzovoort. Bovendien schijnt het niet mogelijk te zijn om een verslag te uploaden als er geen huisarts bekend is als geadresseerde.

Indien deze informatie juist is, is het betreurenswaardig dat op die manier veel informatie verloren gaat. Het is moeilijk om te spreken van geïntegreerde zorg wanneer geïntegreerde communicatie zelfs niet mogelijk is. Tegelijkertijd constateren we dat steeds meer specialisten zich beperken tot het uploaden van verslagen in bijvoorbeeld CoZo zonder die rechtstreeks aan de huisarts te adresseren. Dat bemoeilijkt de opvolging door de huisarts aanzienlijk.

Klopt het dat extramurale specialisten geen medische verslagen kunnen uploaden in CoZo, tenzij zij gebruik kunnen maken van een ziekenhuisprogramma? Geldt dat mogelijk ook voor andere platformen?

Is het inderdaad niet mogelijk om een verslag te uploaden als er geen huisarts bekend is als geadresseerde? Zo ja, wat zijn hiervoor de redenen en welke gevolgen heeft dit voor de communicatie en samenwerking tussen specialisten en huisartsen?

In hoeverre worden het verlies van informatie en het gebrek aan geïntegreerde communicatie erkend als belemmeringen voor geïntegreerde zorg? Welke maatregelen zijn er genomen of worden er overwogen om dat probleem aan te pakken?

Kan er een sensibilisatiecampagne worden georganiseerd om specialisten bewust te maken van het belang van directe adressering van verslagen aan huisartsen? Zo ja, welke concrete stappen zullen er worden genomen en wanneer kunnen we resultaten verwachten?

De apothekers-biologen hebben blijkbaar geen inzage van de verslagen. Nu er voor heel wat verstrekkingen beperkingen zijn opgelegd in verband met de herhalingsfrequentie, maakt men het hen wel bijzonder moeilijk om dit op te volgen. Apothekers-biologen maken zowat de helft van de klinisch biologen uit. Kunt u dit probleem nog toevoegen aan de bespreking van voornoemde nota?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, elke arts die hetzij geregistreerde huisartsensoftware, hetzij ziekenhuissoftware, hetzij labosoftware gebruikt, kan aan de hand daarvan informatie delen met andere zorgactoren die een therapeutische relatie hebben met de betrokken patiënt. Dat kan op twee manieren. De informatie kan op een veilige manier worden verzonden naar een andere zorgactor via de eHealthBox, een pushsysteem, of de informatie in het elektronisch patiëntendossier kan ter beschikking worden gehouden zodat een andere zorgverstrekker die een therapeutische relatie heeft met de patiënt die elektronisch kan raadplegen, een pullsysteem.

Indien het elektronisch patiëntendossier niet 24/7 beschikbaar is, kan de informatie worden opgeslagen in een beveiligde gezondheidskluis die wel 24/7 beschikbaar is. Via de verwijzingsrepertoria van het zogenaamde Hubs & Metahub-systeem kan een zorgactor die een therapeutische relatie heeft met de patiënt de andere zorgactoren of de gezondheidskluizen vinden waar nuttige informatie beschikbaar is over een bepaalde patiënt.

Elke arts-specialist die beschikt over gepaste software kan zich dus verbinden met een hub, zoals CoZo, VZN Leuven, RSB en RSW om toegang te krijgen tot gedeelde documenten of documenten te delen of kan rechtstreeks op het portaal van deze hubs de informatie consulteren of opladen. Bepaalde softwarepakketten, specifiek bestemd voor artsen-specialisten met een buitenziekenhuispraktijk, bieden die mogelijkheden spijtig genoeg niet aan. Er zal worden nagegaan of ook voor deze softwarepakketten registratiecriteria kunnen worden vastgelegd die deze functionaliteiten waarborgen, zoals dat voor huisartsenpakketten het geval is. Dat is inclusief het bewaren van de gedeelde gegevens in een gezondheidskluus om 24/7 beschikbaarheid te verzekeren.

Het registreren van informatie over patiënten en het consequent delen en consulteren van specifieke informatie relevant voor andere zorgactoren worden speerpunten in de ondersteuning van geïntegreerde zorg. Dit is ook opgenomen in de EHDS-verordening. Deze datasets betreffen vaccinatie, medicatie, allergieën en laboresultaten en worden na overleg met de sector vastgelegd in CareSets op basis van de FHIR-standaard. Daarenboven zijn we er aandachtig voor dat deze CareSets ook in de dagelijkse praktijk worden gebruikt en integraal onderdeel uitmaken van een zorgepisode, waarbij informatie wordt uitgewisseld en gebruikt in de samenwerking tussen patiënt, eerste en tweede lijn.

In het kader van het protocolakkoord eHealth zullen de toegangen tot CareSets door categorieën van zorgactoren verder worden onderzocht. We verwachten hiervan resultaat eind dit jaar. Daarover staan engagementen in het protocolakkoord. Daarenboven onderzoeken we welke incentives kunnen verzekeren dat de CareSets correct worden bijgehouden, gedeeld en geconsulteerd. Het gaat niet alleen over financiële incentives, maar ook over de creatie van toegevoegde waarde voor de zorgactor in de zorg voor zijn patiënten en zijn community. Er is daarvoor ook een interfederaal overleg- en communicatieplan met de zorgactoren opgenomen in dit protocolakkoord.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt eigenlijk niet geantwoord op het belangrijkste onderdeel van mijn vraag, namelijk de toegang tot de CoZo-verslagen voor de apothekers-klinisch biologen. Dit is echt wel een probleem voor de tarifiering van bepaalde labo-onderzoeken. Als apotheker-klinisch bioloog is men dus niet gemachtigd om toegang te krijgen tot de CoZo-verslagen en de CareSets waarover u het hebt. Daardoor kan men niet verifiëren of een onderzoek dat slechts eenmaal per jaar wordt terugbetaald reeds terugbetaald werd of niet. Men kan dus niet nakijken of de patiënt het onderzoek volledig moet betalen, dan wel of er een terugbetaling zal plaatsvinden.

Het diploma apotheker-klinisch bioloog is gelijkgesteld aan het diploma van arts-klinisch bioloog. We stellen echter vast in de feiten dat beide personen geen toegang hebben tot dezelfde informatie en dus ook hun beroep niet naar behoren kunnen uitvoeren. Vandaar – en dit is essentieel – mijn vraag om wanneer u tegen het einde van dit jaar de toegang tot de CareSets zult onderzoeken, de gelijkstelling tussen de apotheker-klinisch biologen en de arts-klinisch biologen ook effectief mee te nemen. De helft van de klinisch biologen heeft als basisopleiding immers de apothekersopleiding genoten. Dit is dan ook gewoon een onwerkbaar gegeven. Vandaar mijn warme oproep om dit naar het einde van het jaar mee te nemen in de evaluatie. Dit is eigenlijk een beetje een malformatie, dus zet dat gewoon recht.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55037836C de Mme Sophie Merckx est transformée en question écrite.

19.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, je souhaiterais transformer mes questions n°s 55037843C et 55037847C en questions écrites et vous demander, si les collègues sont d'accord, de pouvoir poser ma question n° 55038175C figurant au point 47 de notre ordre du jour.

La **présidente**: Monsieur Prévot, je constate que personne ne s'oppose à votre demande. Vous pouvez donc poser votre question.

20 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le registre des implants "Orthopride"" (55038175C)

20 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Orthoprideregister voor implantaten" (55038175C)

20.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, à la suite du drame des prothèses mammaires PIP, le gouvernement a pris les mesures nécessaires pour permettre un encodage – via un registre national – des prothèses utilisées dans notre pays, l'objectif étant évidemment de pouvoir disposer d'une vue globale sur leur évolution clinique.

Depuis 2013, l'INAMI a mis en ligne un programme, Orthoprïde, qui permet d'enregistrer certaines données relatives aux arthroplasties de hanches et de genoux. Le remboursement de l'implant dépend ainsi de cet enregistrement. Voici plusieurs mois, les prestataires de soins et gestionnaires d'hôpitaux étaient informés du passage d'Orthoprïde vers le système global géré par Sciensano: healthdata.be.

Monsieur le ministre, tout d'abord, il apparaît que le démarrage du nouveau système d'enregistrement s'est heurté à de nombreux problèmes et qu'il n'est actuellement plus possible d'enregistrer les données relatives à ces implants. Confirmez-vous l'existence de tels problèmes? Si oui, quelles en sont les causes? Quand une solution concrète et efficace devrait-elle être trouvée afin de permettre un encodage de ces données?

Qu'en est-il du retard dans l'enregistrement? Les données qui n'ont pas pu être enregistrées ces derniers mois pourront-elles l'être à l'avenir? Des solutions seront-elles proposées aux hôpitaux pour faciliter l'encodage?

Enfin, qu'en est-il du remboursement des implants déjà utilisés, mais qui n'ont pas été introduits dans le système?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, je vais vous répondre. Seulement, il y a un léger désavantage, car je ne dispose que de la réponse en néerlandais. Je propose donc de la lire lentement, d'autant qu'elle est assez technique.

Sinds 1 maart 2023 is het register Orthoprïde overgeheveld naar het Healthdata.be-platform. Reeds op 1 september 2022 werd de overheveling aan de ziekenhuizen, aan de betrokken verstrekkers alsook aan de softwarecontacten binnen de ziekenhuizen gecommuniceerd. Op 21 september 2022 heeft het RIZIV, samen met Healthdata.be, een informatiesessie gehouden. Er werd naar aanleiding van die informatiesessie beslist om de sector nog zes maanden tijd te geven voor de omzetting naar Healthdata.be, die voorziet in de mogelijkheden om manueel in te geven en de registratie van meerdere records op te laden via een CSV-bestand of via een system-to-system. De registratie in Orthoprïde via de Healthdata.be-toepassing is dus in werking sinds 1 maart 2023.

In april werden overgangsbepalingen goedgekeurd door het Verzekeringscomité. Die overgangsbepalingen betreffen alle registers die naar de HD4DP 2.0-omgeving werden overgeheveld, wat staat voor Health Data For Data Providers versie 2.0. Dat is een module die moet worden gebruikt door de ziekenhuizen voor de registratie en die in de ziekenhuissoftware kan worden geïntegreerd. De overgangsbepalingen betreffen alle registers die naar de HD4DP 2.0-omgeving werden overgeheveld, met name de registers Spine chirurgie, Orthoprïde, Pacemakers, Coronaire Angioplastiek en Hartkleppen. Zo kunnen de verstrekkingen – ingrepen of implantaten – worden gefactureerd zonder dat zij al geregistreerd zijn. De overgangsbepalingen gelden voor alle registers die werden overgeheveld naar de Healthdata.be 2.0-omgeving.

Naar aanleiding hiervan is met Healthdata.be afgesproken dat zij informatie- en demosessies organiseren waarop de ziekenhuizen en hun softwareafdelingen zijn uitgenodigd. Wekelijks is een moment voorzien waarop de softwareafdelingen aan Healthdata vragen kunnen stellen over problemen die zij nog tegenkomen, zodat zij directer en sneller kunnen worden uitgeklaard en opgelost.

Op 6 juli 2023 is tussen het RIZIV en de ziekenhuisfederaties afgesproken dat de overgangsperiode vanaf 1 september 2023 kan worden stopgezet.

De ziekenhuisfederaties hebben aan het RIZIV bevestigd dat de problemen opgelost zijn. Dat betekent dat verstrekkingen uitgevoerd vanaf 1 september 2023 geregistreerd moeten zijn om te kunnen factureren. De ziekenhuizen hebben dan tot 31 december 2023 de tijd om de uitgestelde registraties van de voorbije periode, dus tot 1 september 2023 te registreren in healthdata.be.

20.03 Patrick Prévot (PS): Je remercie le service de traduction car il s'agissait d'une réponse assez technique, et cela m'a permis de saisir la problématique. Je m'en tiendrai à la fin de votre intervention et au fait que les problèmes soient résolus, que les encodages pourront être faits et qu'une période d'adaptation ou un lissage sera prévu. C'est évidemment une bonne chose. Pour le reste, je relirai le début de votre réponse à tête reposée, mais je vous remercie pour celle-ci.

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

Le **président:** Les questions jointes n° 55037943C de M. Bacquelaine et n° 55038092C de Mme Muylle sur les maladies cardiovasculaires sont reportées.

21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nomenclatuurnieuwvorming" (55037952C)

21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réforme de la nomenclature" (55037952C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, begin 2023 heb ik u al een vraag gesteld over de nomenclatuurnieuwvorming en de herijking van de honoraria. Daartoe werd een wetenschappelijk team ingeschakeld, bestaande uit verschillende universitaire centra en Möbius. Het project bevat drie fases. De duur is geraamd op vier jaar. Fase 1 is ondertussen afgerond en fases 2.1 en 2.2 zijn bezig. De voltooiing is gepland voor eind 2024.

Mijn vragen voor u zijn de volgende.

Kunt u al iets meegeven over de stand van zaken met betrekking tot de fases die nu bezig zijn? Wordt de streefdatum nog altijd beoogd?

Er werd een budget uitgetrokken van meer dan tien miljoen euro voor de vergoeding van de onderzoeksteams en van de artsen-experten die aan de werkgroepen participeren, alsook van de peilziekenhuizen die de data aanleveren. Loopt alles nog volgens plan?

Kunt u vertellen hoeveel de kosten tot nu toe bedragen voor het wetenschappelijk team en voor de studies?

Werden ondertussen de studies van alle betrokken actoren ook wel degelijk gebruikt? Indien niet, waarom gebeurde dat niet?

Waar kunnen wij de conclusies en de aanbevelingen van de eerste studies vinden?

*Voorzitster: Nawal Farih.
Présidente: Nawal Farih.*

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Gijbels, ik zal eerst de laatste vraag beantwoorden.

De resultaten van de studies van fase 1 van alle actoren werden inderdaad gebruikt, namelijk het werk van de ULB voor de technisch-medische chirurgische handelingen, de zogenaamde ATMC, het werk van Möbius voor de geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen, de zogenaamde AMTAA, en het werk van de UGent voor de handelingen van raadplegingen en daaraan geassimileerde handelingen, de zogenaamde ACA, hoewel dat laatste geen concreet voorstel voor een hervormde nomenclatuur bevatte maar wel een reeks hervormingspistes.

De verslagen van de verschillende actoren werden doorgestuurd naar het begeleidingscomité van het project, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de artsen, de verzekeringsinstellingen, de ziekenhuisfederaties, de beleidscel Sociale Zaken, het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en het KCE.

De stand van zaken voor de fases 2.1 en 2.2 van de nomenclatuurhervorming ziet er als volgt uit.

Met betrekking tot de technisch-medisch chirurgische handelingen kan ik meegeven dat fase 2.1 begin 2022 van start is gegaan en momenteel op schema ligt. Op dit moment hebben negentien disciplines of subdisciplines hun verstrekkingen laten parametriseren volgens de criteria duur, complexiteit en risico. Om een intradisciplinaire relatieve waardeschaal van het beroepsgedeelte vast te stellen, moeten nog een dozijn disciplines of subdisciplines worden geparametriseerd.

Tegelijkertijd is ook begonnen met het koppelen van alle intradisciplinaire relatieve waardeschalen, teneinde een en dezelfde interne disciplinaire relatieve waardeschaal te creëren. De voltooiing van de werkzaamheden is gepland voor medio 2024.

Fase 2.2 is medio 2022 van start gegaan. Na goedkeuring door het Verzekeringscomité van de selectie van 28 pilootziekenhuizen, na een oproep tot kandidaatstelling, kon het werk van de ULB- en KUL-teams in samenwerking met deze ziekenhuizen van start gaan. Het verloopt momenteel volgens schema. Het doel van dit werk is om een relatieve waardeschaal van de werkingskosten te ontwikkelen voor alle verstrekkingen. De voltooiing van de werkzaamheden is gepland voor einde 2024.

We blijven bij fasen 2.1 en 2.2. Met betrekking tot geautomatiseerde en eraan geassimileerde medisch-technische handelingen is fase 2.1 begin 2023 van start gegaan voor de pathologische anatomie, voor de radiotherapie en de genetica. Ook hier is het de bedoeling om intradisciplinaire relatieve waardeschalen te creëren van het beroepsgedeelte in samenwerking met de experts van elke discipline, zodat ze geïntegreerd kunnen worden in een en dezelfde interdisciplinaire waardeschaal. De voltooiing van het werk is gepland voor einde 2023.

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

Fase 2.2 is begin 2023 van start gegaan voor de pathologische anatomie, radiotherapie en genetica. Na de goedkeuring door het Verzekeringscomité van de selectie van pilootziekenhuizen en -laboratoria na een oproep tot kandidaatstelling, kon het werk van het Möbiusteam in samenwerking met deze ziekenhuizen en laboratoria van start gaan. Dat verloopt op dit moment ook volgens schema. Ook hier gaat het om de ontwikkeling van een relatieve waardeschaal van werkingskosten voor alle verstrekkingen. De voltooiing van de werkzaamheden is gepland voor eind 2023.

Fase 2.1 voor de klinische biologie is nog niet van start gegaan. Die moet nog worden behandeld in een werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Fase 2.2 van de klinische biologie is medio 2023 van start gegaan in samenwerking met een selectie van 16 pilootlaboratoria, gevalideerd door het Verzekeringscomité, na een oproep tot kandidaatstelling. De voltooiing van de werkzaamheden is gepland voor medio 2024.

Ten derde, wat dezelfde fasen betreft, met betrekking tot de handelingen van raadpleging en de daaraan geassimileerde handelingen, gaat het enkel over het professionele gedeelte, fase 2.1. Deze fase werd toevertrouwd aan een werkgroep van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, waarvan de werkzaamheden begin 2023 van start zijn gegaan. Ook hier is het de bedoeling om de relatieve waardeschaal van het beroepsgedeelte te creëren om die te integreren in een en dezelfde interdisciplinaire relatieve waardeschaal. De voltooiing is gepland voor medio 2024.

Ik kom nu tot het derde punt van mijn antwoord. Het budget dat oorspronkelijk was vrijgemaakt voor de fases 2.1 en 2.2 van de ATMC en AMTAA en dat al in januari was aangekondigd, bedraagt 11.871.017 euro. Dat is nog altijd van toepassing. Tot nu toe is er van dat budget 2.344.067 euro uitgegeven. De voorziene looptijd om al deze fases, die verband houden met de inhoud van de medische nomenclatuur, en dus exclusief IT, wetgevingsaspecten en gerelateerde effecten op andere sectoren die de medische nomenclatuur gebruiken, tot een goed einde te brengen door de onderzoeksteams is nog altijd 31 december 2024.

21.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor de uitgebreide toelichting. Ik zal ze nog eens moeten nalezen zodra ze op papier staat, want ze bevatte inderdaad heel wat data en

streefdata.

Mijn laatste vraag is waar we de conclusies en aanbevelingen kunnen vinden van de studies die al afgerond zijn. Ik denk dat dit bijzonder relevant is voor de sectoren in kwestie. Zij zijn vragende partij om daarnaar te kijken en ze zijn ook de aangewezen personen om te kunnen aangeven of er van de juiste uitgangspunten wordt uitgegaan. Ik heb immers gehoord dat er al een studie van Möbius is opgeleverd waarover er toch wat bedenkingen zijn. Er staan in die studie ook disclaimers over de correctheid en volledigheid van de cijfers, waar verder niets mee wordt gedaan. Er wordt dus uitgegaan van cijfers waarvan de juistheid wordt betwist.

Ik wil u vragen om de conclusies, aanbevelingen en studies openbaar te maken, zodat iedereen kan meekijken en bedenkingen en bezwaren tijdig kunnen worden aangegeven, zodat ze niet doorheen het hele studietraject worden meegenomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

22 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De magistrale bereiding van Antabuse" (55038010C)

22 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La préparation magistrale d'Antabuse" (55038010C)

22.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, l'Antabuse est une histoire comme on en entend pas mal ces derniers temps à propos de la rupture de stocks de médicaments. Il était d'abord indisponible depuis le mois de septembre 2022, puis au mois de décembre, ce fut la douche froide avec l'annonce de l'arrêt de la commercialisation de l'Antabuse. C'est une catastrophe pour plusieurs dizaines de milliers de patients. À l'époque, au mois d'avril, vous ne pouviez pas me dire combien il y en avait précisément mais beaucoup de patients ont besoin de l'Antabuse pour tenir le coup dans leur sevrage d'alcool.

Sanofi, pour des raisons commerciales, a arrêté la commercialisation du produit. D'abord, Sanofi avait affirmé que le fournisseur de la substance active ne livrait plus le produit mais qu'a-t-on appris, il y a quelques semaines? Les pharmaciens eux-mêmes, là où Sanofi ne pouvait plus se fournir en substance active, ont réussi à se fournir cette substance active et ont commencé à faire des préparations magistrales pour les patients. C'est un bel exemple de la manière dont les pharmaciens, qui sont confrontés à ces ruptures de stocks, ont su trouver une solution pour les patients qui en ont vraiment besoin.

Le gros problème des pharmaciens actuellement, c'est que le remboursement qu'ils reçoivent de votre part pour la préparation ne couvre pas le prix d'achat réel. Cela signifie que pour préparer cent comprimés d'Antabuse, le pharmacien subit une perte sèche de 3 euros. Il est évident que ce n'est pas tenable pour les pharmaciens. Monsieur le ministre, allez-vous revoir les conditions de remboursement de l'Antabuse pour que les pharmaciens ne doivent plus faire ce travail à perte?

22.02 Minister Frank Vandenbroucke: Voor een groot aantal grondstoffen is de huidige basis van tegemoetkoming inderdaad niet meer in overeenstemming met de prijzen die bedrijven in het veld in rekening brengen. Dat veroorzaakt inderdaad veel problemen voor apothekers die die producten kopen.

Er zal een lijst van de betreffende producten worden opgesteld en bezorgd aan de werkgroep Magistrale Bereidingen, die de lijst zal analyseren en een voorstel zal doen aan de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen om de basis van de tegemoetkomingen aan te passen. Afhankelijk van de financiële middelen waarover die commissie beschikt, kan de lijst worden aangepast.

22.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie. Votre réponse était assez vague. Pour le moment, il n'y a pas de solution rapide pour les pharmaciens. Comme vous le dites, c'est d'ailleurs le cas pour d'autres préparations magistrales.

J'ajoute qu'il est vraiment grave que les firmes pharmaceutiques laissent tomber les patients pour des raisons de rentabilité. Les pharmaciens sont montés au créneau, ils ont une préparation pour les patients mais travaillent à perte.

Monsieur le ministre, j'attends de vous une solution rapide pour que cela ne se fasse pas à perte et pour qu'un maximum de pharmaciens puissent faire ces préparations pour aider les patients en question. Il s'agit d'un médicament critique pour des dizaines de milliers de patients et il est très important pour eux de pouvoir en disposer.

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

23 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanwerving van verpleegkundigen via uitzendbureaus" (55038028C)

23 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le recrutement de personnel infirmier par le biais de sociétés d'intérim" (55038028C)

23.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de via uitzendbureaus tewerkgestelde verpleegkundigen doen vaak problemen rijzen voor de ziekenhuizen. Immers, de kostprijs ervan is veel hoger en ze stellen meer voorwaarden in verband met hun werkuren. Door de grote vraag naar verpleegkundigen kunnen ziekenhuizen soms niet anders dan hen aan te werven, indien ze geen bedden of afdeling willen sluiten. Wat is uw mening over die praktijk?

Denkt u dat die problematisch kan zijn voor de continuïteit van zorg en de organisatie van de zorg in ziekenhuizen?

Hebt u er zicht op hoeveel uitzendbureaus zich specifiek toeleggen op de aanwerving van verpleegkundigen?

Signaleren ziekenhuizen ook die problematiek?

Hoe verhoudt een dergelijk hogere kostprijs zich ten opzichte van het BFM, dat met dergelijke hoge aanwervingskosten geen rekening houdt?

Acht u het mogelijk dat er maatregelen worden genomen tegen dergelijke praktijken? Wat stelt u voor?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: De praktijk die u beschrijft, gaat over het oneigenlijke gebruik van de projectverpleging in de context van de zorg. Laat mij beginnen met te zeggen dat projectverpleging an sich geen probleem vormt. De projectverpleegkundige bestaat als profiel om te functioneren in goed afgebakende projecten om de kwaliteit van de zorg te verbeteren of ter ondersteuning van innovatie. Problematisch is wel het oneigenlijke gebruik ervan en ik heb al aangegeven dat ik me daarover, samen met de werkgevers en de vakbonden, inderdaad zorgen maak.

In de instellingen waarin dergelijke oneigenlijke projectverpleegkundigen terechtkomen, voeren ze geen projectwerk uit. Er is in wezen geen sprake van een aannemingsovereenkomst. Ze worden ingezet als gewone verpleegkundigen onder het gezag van de zorginstellingen. Omdat ze tewerkgesteld zijn via een aannemingsovereenkomst, behoren ze tot de dienstensector en niet tot de zorgsector, waardoor ze andere en vaak ook betere arbeids- en loonvoorwaarden genieten dan het gewone personeel. Dat heeft een zeer destructief effect op de zorgorganisaties waarin ze terechtkomen.

Wat het aantal uitzendbureaus betreft dat zich specifiek bezighoudt met het uitzenden van verplegend personeel, moet ik jammer genoeg aangeven dat deze sector niet onder mijn bevoegdheid valt en ik niet over die cijfers beschik. Mijn administratie beschikt evenmin over gegevens waarmee we de kosten van verplegend personeel in ziekenhuizen kunnen vergelijken met de kosten van verplegend personeel dat in dienst is van een uitzendbureau.

Ik heb al aangegeven dat een klacht bij de Arbeidsinspectie momenteel het beste wapen is tegen

ontwrichting van de werking op de ziekenhuisafdelingen. Wie vaststelt dat er zorgpersoneel in onderaanneming ingezet wordt voor reguliere dagelijkse zorgtaken in het ziekenhuis, roepen we op om een klacht in te dienen. Een dergelijke inzet van projectverpleegkundigen is immers niet toegelaten.

Het volledige verbod van projectfinanciering, zoals men in Vlaanderen gedaan heeft, is echter niet vanzelfsprekend in de ziekenhuizen. We willen innovatieve projecten immers niet volledig onmogelijk maken, aangezien ze belangrijk zijn voor de zorgkwaliteit. Wel worden in het kader van het lopende overleg met de actoren alle mogelijkheden onderzocht om het fenomeen in te perken. De financiering waar de Vlaamse instellingen mee werken, is ook helemaal anders.

De ziekenhuisfinanciering is natuurlijk een budget van niet-gekleurd geld. Daarmee is het moeilijker om bepaalde zaken af te dwingen. Welke mensen kan men waarvoor inzetten? Het is ten gronde ook niet zo evident om projectverpleegkundigen tout court te verbieden. Ik heb aan de minister van Werk, die bevoegd is voor de kwestie, ook al gevraagd om dat eens heel grondig te onderzoeken en het oneigenlijke gebruik van de projectsourcing tegen te gaan in de zorgsector.

23.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dat is duidelijk voor mij. Ik hoop inderdaad dat daar de nodige aandacht aan gegeven wordt en dat daar ook spoed achter wordt gezet. Ik zal de kwestie mee in de gaten houden. Ik zal ook vragen indienen voor de heer Dermagne om het dossier op te volgen. Het is onaanvaardbaar dat de ziekenhuizen zo onder druk worden gezet in deze tijden van arbeidskrapte.

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

24 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act" (55038019C)

24 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act" (55038019C)

24.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, zoals u weet zal het Europees Geneesmiddelenagentschap met het oog op een betere crisisparaatheid en een beter crisisbeheer van tekorten aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen een monitoringplatform opzetten om de gegevensverzameling inzake kritische geneesmiddelen en medische hulpmiddelen te vergemakkelijken.

In Duitsland werd de Drug Delivery Shortage Control and Supply Improvement Act goedgekeurd in de Bundestag, en deze wet werd goedgekeurd in de Bundesrat op vrijdag 7 juli. Hierin wordt gestipuleerd dat ziekenhuisapotheken en apotheken die aan ziekenhuizen leveren de bovengenoemde gegevens elektronisch zullen moeten verzenden naar het DFARM, het Duitse Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Medische Hulpmiddelen.

De ziekenhuizen moeten zich daarom voorbereiden om te voldoen aan de vereisten van de procedures en het format voor het delen van gegevens.

Werkt het FAGG ook aan een dergelijk regelgevend kader voor België inzake het doorsturen van stocks van kritische geneesmiddelen door ziekenhuisapotheken? Zal dit kader ook voor medische hulpmiddelen gebruikt worden?

Zal, naar analogie van Duitsland, ook hier gevraagd worden de gegevens elektronisch door te sturen? Moet dit nog manueel gebeuren?

Wordt er gewerkt aan een format voor het doorsturen van gegevens? Indien ja, wanneer zou het wetgevend kader klaar zijn? U mag een indicatieve timing geven. Wanneer zou het van kracht worden?

24.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het antwoord op uw eerste vraag over het wetgevende kader in verband met de voorraden is al aan bod gekomen bij de bespreking van het wetsontwerp houdende

diverse bepalingen met betrekking tot het FAGG, waarin in een wettelijke basis is voorzien voor de *stock monitoring*. De verschillende betrokkenen, zoals openbare apotheken, ziekenhuisapotheken, groothandelaars-distributeurs en houders van vergunningen voor het in de handel brengen, zullen op vrijwillige basis stockgegevens voor de pilootfase van de Stock Monitoring Tool bezorgen. Er is een pilootfase van één jaar en een tussentijdse evaluatie na 6 maanden voorzien.

Na de afronding van de pilootfase zal die worden geëvalueerd met het oog op de voorbereiding van een reglementair kader voor het communiceren van stockgegevens.

De markt van de medische hulpmiddelen is veel complexer dan die van de geneesmiddelen. Ze is door de Europese verordening ook volkomen anders georganiseerd. De *stock monitoring* die nu wordt voorbereid, zal uitsluitend toepasbaar zijn op geneesmiddelen.

Op het Europese niveau heeft alleen het EMA zijn mandaat uitgebreid om het tekort aan medische hulpmiddelen te beheren, maar alleen in het geval van gezondheids crises. De toekomstige Europese databank waarvan de implementatiedatum nog niet bekend is, moet de ontwikkeling van een instrument voor het monitoren van de beschikbaarheid van medische hulpmiddelen vergemakkelijken.

Ik kom tot uw tweede vraag, over de analogie met Duitsland. Ziekenhuizen en alle andere belanghebbenden zullen de mogelijkheid hebben om hun stockgegevens elektronisch in te dienen. Daarnaast zal het handmatig doorsturen van stockgegevens ook nog steeds mogelijk zijn.

Een eerste versie van het handmatige deel van de applicatie is voltooid en we organiseren in de komende weken een korte testfase met vrijwilligers om ons in staat te stellen wijzigingen aan te brengen, rekening houdend met hun opmerkingen.

De ontwikkeling van het automatische (of *machine-to-machine*) deel van deze Stock Monitoring Tool is nog in volle gang. Het einde van de ontwikkeling en de start van de testfase is voorlopig gepland voor september.

24.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de wettelijke basis werd inderdaad goedgekeurd via de diverse bepalingen, maar ik heb u er toen reeds op gewezen dat die nogal vaag is, dat het op vrijwillige basis is en dat het een pilootfase betreft. We zijn er nog niet. Een wat verfijndere en meer gestructureerde werkwijze zou ons heel wat verder brengen. Daarnaast is het een gemiste kans dat die medische hulpmiddelen niet werden meegenomen. We herinneren ons allemaal het begin van de covidcrisis, waarin er geen mondkapen waren voor onze zorgverstrekkers. Medische hulpmiddelen zijn dus ook essentieel in een crisis.

U hebt gezegd dat het mandaat van het EMA werd uitgebreid, maar dat zal ook alleen tijdens crisissen het geval zijn. Die structurering, dat kader rond medische hulpmiddelen zou breder moeten en controleerbaar en traceerbaar moeten zijn. Ten laatste hebt u gezegd dat de elektronische tool nog in volle ontwikkeling is. Ik vraag me af of daarvoor een openbare aanbesteding werd uitgeschreven of hebt u dat opnieuw zelf in handen genomen? Ik zal hiervoor een nieuwe vraag indienen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55038040C van mevrouw De Jonge wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

25 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De financiering van de zorgcentra na seksueel geweld" (55038042C)

25 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des centres de prise en charge des violences sexuelles" (55038042C)

25.01 Nawal Farih (cd&v): Ik heb een bezoek gebracht aan het Zorgcentrum na Seksueel Geweld in Genk, waar u ook aanwezig was, mijnheer de minister. Helaas hebben zich in de voorbije periode al 152 slachtoffers aangemeld. Tot mijn grote teleurstelling waren daar helaas ook heel wat meisjes onder de 16 jaar bij. Ik denk dat we met die zorgcentra na seksueel geweld echt wel een goede stap hebben

gezet. Er is ook een grote nood om die slachtoffers op te vangen.

Ik heb daar enkele gesprekken met artsen gevoerd, die mij wezen op het forfait per slachtoffer dat momenteel door de overheid aan de ziekenhuizen wordt gegeven. Dat werd in 2021 verhoogd van 100 euro naar 150 euro. Zij geven aan dat dit nog altijd niet volstaat om de slachtoffers al die multidisciplinaire hulp aan te bieden. Als ik kijk naar alle testen die per patiënt moeten worden uitgevoerd, de bloedtesten voor hepatitis A, B en C, syfilis, hiv, de testen voor soa's, de urinestalen en de andere begeleiding, dan stel ik ook vast dat die 150 euro per patiënt redelijk laag is.

We horen ook dat de ziekenhuizen zelf moeten inspringen om ervoor te zorgen dat de slachtoffers de nodige hulp krijgen. Dan maak ik mij wel zorgen over de toekomst. We willen niet in een scenario belanden waar de patiënten naar de huisarts worden gestuurd voor de bloedtest en de urinestalen om het leefbaar te houden voor de zorgcentra. We hebben nu zorgcentra waar alles gecentraliseerd is. We zouden het ook op die manier moeten aanhouden.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van deze problematiek? Wordt nagedacht over een verhoging van het forfait per slachtoffer? Hoe gaat men structureel werk maken van de onderfinanciering van de zorgcentra na seksueel geweld?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, zoals u zelf aangeeft, wordt het forfait voor elk slachtoffer dat zich aanmeldt in een Zorgcentrum na Seksueel Geweld gefinancierd door het Instituut voor Gelijkheid van Vrouwen en Mannen. Uit reacties van de zorgcentra blijkt dat het niet altijd even duidelijk is welke kosten er nu precies vallen onder het forfait van 150 euro per slachtoffer. Dit forfait dient specifiek om ervoor te zorgen dat het slachtoffer geen eigen bijdrage voor de verleende zorgen moet betalen. Daarnaast is het uiteraard zo dat de zorgcentra worden gefinancierd voor de zorg en ondersteuning die ze bieden.

Het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen zal het forfait van 150 euro voor dit jaar opnieuw evalueren, zodat gedetailleerd kan worden aangegeven welke kosten er onder dit forfait vallen. De zorgcentra zullen voor x aantal slachtoffers de medische zorgen die worden geleverd, bijhouden, alsook hun kostprijs. Op basis daarvan zal het Instituut bekijken wat er met de 150 euro gedekt kan worden en hoeveel het forfait zou moeten beslaan om alle medische zorgen te dekken, zodoende dat het slachtoffer zelf niets moet betalen.

Om tegemoet te komen aan de klachten over een te lage financiering van de zorgcentra, kan ik zeggen dat vanaf 2024 10 jaar anciënniteit in rekening zal worden gebracht voor de berekening van het forfait, voorzien voor de financiering van het zorgpersoneel, in de plaats van de huidige 5 jaar anciënniteit. Daarnaast worden de lonen van de personeelsleden elk jaar bij het sluiten van de nieuwe overeenkomst, aangepast aan de indexeringen van het voorgaande jaar. Alle opmerkingen betreffende de financiering van de zorgcentra worden meegenomen naar de besprekingen over een structureel financieel kader voor deze zorgcentra na seksueel geweld.

25.03 Nawal Farih (cd&v): De opschaling van de anciënniteit zal zeker al een hulpmiddel zijn. U zegt dat de financiering gebeurt door het Instituut voor Gelijkheid van Vrouwen en Mannen. Als het echter gaat over medische handelingen, mag ik toch verwachten dat dit gaat over budget van uw departement? Ik vraag me dan af of daar ook het forfait wordt verhoogd, om ervoor te zorgen dat toch zeker alle medische handelingen in het zorgcentrum gecentraliseerd blijven.

25.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het geld komt eigenlijk langs verschillende kanalen. U hebt gelijk, we moeten een globaal zicht hebben. Ik heb mijn antwoord opgesplitst in functie van hoe het geld binnenkomt, via het forfait en via wat wij doen. Ik ben het volledig met u eens: we moeten een globaal zicht hebben en we moeten ons afvragen wat er moet gebeuren en of dat voldoende is gefinancierd. Dat is ook de zin van de evaluatie.

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

26 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het voorschrijven van PrEP" (55038043C)

26 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prescription de PrEP" (55038043C)

26.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, het voorschrijven van PrEP wordt enkel terugbetaald als men als patiënt terechtkomt in een hiv-referentiecentrum. Enkele maanden geleden heb ik u ook aangegeven dat er wel wat wachttijden zijn bij die erkende hiv-centra. We lazen ook de PROMISE-studie, waarin wordt gezegd dat er laagdrempeliger en toegankelijker moet worden gewerkt.

Recent heeft het RIZIV een communicatie uitgestuurd waarbij er wordt geformuleerd dat huisartsen voortaan PrEP-medicijnen zeker niet mogen voorschrijven. Dat mag enkel nog gebeuren in een referentiecentrum. Dat zet de druk hoog bij de centra, maar ook de toegankelijkheid laag bij de patiënten of de mensen die daar nood aan hebben.

Bent u op de hoogte van de communicatie van het RIZIV aan de hiv-referentiecentra? Hoe evalueert u deze communicatie?

Ik stelde u de vraag eerder begin dit jaar. Toen vertelde u dat u dat zou onderzoeken. Zult u ervoor zorgen dat de voorschriften via huisartsen ook worden terugbetaald? Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de toegankelijkheid voor de patiënt alsmaar verhoogt? Ik hoef u immers niet te vertellen dat de personen die om die PrEP-medicijnen moeten gaan vaak in een taboesfeer zitten. Bij de huisarts wordt dat taboe veel sneller doorbroken dan in een hiv-referentiecentrum.

26.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, het RIZIV heeft geen algemene communicatie aan de referentiecentra gericht over het voorschrijven van PrEP door huisartsen. Op eventuele specifieke vragen van bepaalde referentiecentra daarover heeft het RIZIV wel geantwoord, maar ik kan nu eerlijk gezegd moeilijk nagaan welke vragen er precies over dit onderwerp zijn geweest de voorbije maanden.

Wat uw eerste twee vragen betreft, kan ik wel het volgende meegeven. De CTG heeft begin januari een procedure opgestart om de vergoedingsvoorwaarden te wijzigen voor alle specialiteiten op basis van emtricitabine/tenofovirdisoproxil in de indicatie PrEP. Ik heb beslist om het definitieve voorstel van de CTG te volgen, waarop de vergoedingsvoorwaarden werden aangepast op 1 mei van dit jaar.

De actuele vergoedingsvoorwaarden laten meer soepelheid toe dan de oude voorwaarden. Voor 1 mei was het voorschrijven van farmaceutische specialiteiten in die indicatie PrEP beperkt tot artsen-specialisten verbonden aan een aidsreferentiecentrum. Sinds 1 mei mogen alle artsen die verbonden zijn aan aidsreferentiecentrum farmaceutische specialiteiten in die indicatie PrEP voorschrijven.

Bovendien kunnen, in overleg met de patiënt, de opvolgbezoeken die om de drie maanden moeten gebeuren, gedeeltelijk bij de huisarts plaatsvinden en kunnen de aanbevolen testen voor syfilis, gonorroe, chlamydia en hepatitis C gedeeltelijk door de huisarts worden uitgevoerd. Ik blijf continu bekijken welke drempels er nog bestaan en hoe wij ons beleid kunnen bijsturen om ze te verkleinen. Indien nodig zullen de vergoedingsvoorwaarden worden herzien, maar niet eerder dan één jaar na de inwerkingtreding van de nieuwe voorwaarden, dus niet eerder dan in het voorjaar van 2024.

Wat uw derde vraag betreft, om de beleidsmakers te adviseren over de uitrol van PrEP en om problemen in verband met de verstrekking van PrEP-zorg te bespreken, werd een PrEP-netwerk opgericht, met een vertegenwoordiging van de hiv-referentiecentra, de doelgroepenorganisaties, de wetenschappers, de PrEP-gebruikers, de huisartsen en de apothekers. In het kader van de werkzaamheden van dat netwerk wordt onderzocht of een trainingsmodule kan worden uitgewerkt in samenwerking met Domus Medica en de Société Scientifique de Médecine Générale.

Wat uw vierde vraag betreft, ik heb inderdaad kennisgenomen van de resultaten van de PROMISE-studie. Ik werd vertegenwoordigd door mijn kabinetsadviseur, die ter afsluiting van het symposium een boodschap gaf over de toekomst van PrEP in België. Het optimaliseren van het PrEP-gebruik, in het bijzonder het verbreden van de toegang tot PrEP, is een prioritair actiepoint van het nationaal hiv-plan,

zoals goedgekeurd door de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 20 oktober 2022. Via het hiv-monitoringcomité worden acties, resultaten en verwezenlijkingen van het hiv-plan besproken in de interkabinettenwerkgroep Preventie.

Een concrete actie waaraan momenteel wordt gewerkt, is het verstrekken van PrEP aan sekswerkers met een precare toegang tot de gezondheidszorg. In dat kader wordt onderzocht onder welke voorwaarden terreinorganisaties voor sekswerkers kunnen worden betrokken bij het verlenen van laagdrempelige PrEP-zorg.

26.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, het is goed dat er al een eerste uitbreiding heeft plaatsgevonden. Wij zullen de zaak opvolgen na een jaar, in mei 2024 dus.

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

27 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De centra voor transgenderzorg" (55038044C)

27 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les centres d'accompagnement de la transidentité" (55038044C)

27.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, twee ziekenhuizen hebben momenteel een conventie. De wachtlijsten zijn daar enorm lang. Ik heb begrepen dat andere ziekenhuizen de zorg wel aanbieden, maar dat die niet terugbetaald wordt omdat ze nog niet toegelaten zijn tot de conventie.

Bent u op de hoogte van de gigantische wachttijden bij de geconventioneerde centra? Zijn er andere ziekenhuizen die een aanvraag hebben ingediend om aan te sluiten bij de conventie met het RIZIV? Hebt u er zicht op of hieraan een positief gevolg gegeven zal worden? Ik denk dan bijvoorbeeld aan het UZA.

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de transgenderzorg voldoende toegankelijk blijft voor patiënten en dat er een financiële gelijkheid is? Wij zien echt wel dat er een grote nood is en helaas is het zo dat die wachtlijsten blijven aangroeien. Wij moeten er toch voor zorgen, zeker als het gaat over de medicamenteuze behandeling, dat de psychologische opvolging en de algemene opvolging op een betaalbare manier kunnen gebeuren.

27.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, de RIZIV-overeenkomst voor transgenderzorg is inderdaad afgesloten met het UZ Gent en het CHU de Liège. Mijn administratie heeft regelmatig contact met deze twee centra voor transgenderzorg, om een zicht te hebben op de situatie op het terrein.

Van het centrum van het CHU de Liège heb ik geen informatie over het bestaan van een wachtlijst. Het centrum in Gent deelde onlangs mee dat de wachttijd voor een eerste psychologische raadpleging sterk oploopt. Wie in 2023 een intakegesprek had in dit centrum, stond gemiddeld 20 maanden op de wachtlijst, wat daadwerkelijk zeer lang is.

Niettemin moet daarbij ook vermeld worden dat het centrum van het UZ Gent in 2022 de behandelingscapaciteit van de overeenkomst niet heeft uitgeput, wat mee te wijten was aan de tijdelijke afwezigheid van teamleden, door ziekte, zwangerschap enzovoort, en die niet konden vervangen worden door andere deskundige teamleden.

In het kader van de begroting van de ziekteverzekering voor 2023 heb ik een bijkomend budget van 471.000 euro vrijgemaakt voor het oprichten van satellietcentra voor transgenderzorg, om zo een antwoord te bieden op de wachtlijst waarmee het centrum van het UZ Gent geconfronteerd wordt. De concrete besteding van dit budget wordt momenteel uitgewerkt. Het afgelopen jaar hebben enkele ziekenhuizen alvast hun interesse getoond in de overeenkomst voor transgenderzorg met het RIZIV.

Ik ben mij er absoluut van bewust dat de toegankelijkheid van de transgenderzorg zeer belangrijk is voor deze kwetsbare groep. Om die toegankelijkheid te verbeteren, is enerzijds op budgettair vlak reeds de inspanning gedaan om een bijkomend budget vrij te maken voor deze sector. Anderzijds werden ook al verschillende inspanningen geleverd om de zorg efficiënter te organiseren op basis van voorstellen van UZ Gent.

Daarnaast kan de hormonale behandeling met gonadoreline-analogen sinds september 2022 vergoed worden in het kader van de geneesmiddelenreglementering, waardoor het budget dat de voorbije jaren in het kader van de overeenkomst besteed werd aan het geneesmiddelenforfait vrijkomt en ingezet kan worden voor het realiseren van meer psychosociale begeleiding door de geconventioneerde centra. Aanpassingen van de huidige RIZIV-overeenkomst zijn hiervoor dus niet nodig.

Momenteel wordt samen met de huidige centra voor transgenderzorg bekeken hoe de sector verder vormgegeven kan worden, om de toegankelijkheid te verbeteren met een garantie van kwaliteit. Als een verdere verhoging van de jaarenveloppe voor transgenderzorg daarvoor noodzakelijk blijkt, ben ik uiteraard bereid om te onderzoeken of dit prioritair is in vergelijking met andere noden in de gezondheidszorg.

Personen die kampen met gendergerelateerde vragen, maar niet onmiddellijk terecht kunnen in het UZ Gent, kunnen intussen wel een beroep doen op de regeling inzake psychologische zorg in de eerste lijn. We wensen hierin een laagdrempelige toegang waarbij mensen ook niet voor lange wachtlijsten staan.

27.03 Nawal Farih (cd&v): Ik heb enkel geen antwoord gekregen op de vraag of er een positief gevolg zal zijn wat betreft de conventie bij de ziekenhuizen die zich hebben aangemeld. Hebt u hier al zicht op? U kunt inderdaad verwijzen naar de eerste lijn, maar daar zijn natuurlijk helaas ook wachtlijsten. Het kan dus het best in een ziekenhuiscontext plaatsvinden waar ook de chirurgische ingrepen gebeuren.

27.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijn boodschap is hier dat ik niet onmiddellijk van plan ben om andere ziekenhuizen dan de huidige twee in de conventie te laten stappen voor transgenderzorg. Dat is voor mij voorlopig de stand van zaken.

27.05 Nawal Farih (cd&v): Dat is dan een jammere stand van zaken gezien de wachtlijst van twintig maanden. De nood is tastbaar. Er is in Vlaanderen genoeg ruimte om hierover verder te spreken en de taboes te doorbreken.

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

28 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De leeftijdsgrens voor stamceldonoren" (55038045C)

28 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La limite d'âge pour les donneurs de cellules souches" (55038045C)

28.01 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, de vraag gaat over een leeftijdsgrens. In België kunnen wij ons blijkbaar maar tot 40 jaar kandidaat stellen als beenmergdonor. In Nederland kan dat tot 55 jaar. Waarom is dat verschil er?

Het gaat immers over een grote groep die wij missen. Alle mensen tussen 40 en 55 jaar kunnen blijkbaar wel kandideren in Nederland maar niet in België. Wij weten allemaal dat donoren noodzakelijk zijn, ook in ons land. Gezien de vergrijzing worden wij bovendien alsmaar ouder en gezonder ouder.

Hoe komt het dat de leeftijdsgrenzen in België anders zijn?

Zijn er aanpassingen mogelijk om ervoor te zorgen dat een grotere doelgroep zich kandidaat kan stellen?

28.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, om te beginnen wil ik beklemtonen dat enkel de behandelende arts alle informatie heeft om te kunnen beoordelen welke behandelingen er op korte en lange termijn noodzakelijk, het meest aangewezen en realistisch zijn.

In deze kwestie van Rachel heb ik contact gehad met het Rode Kruis. Zij doen al het mogelijke om het registreren van nieuwe donoren na afzonderlijke bevraging en typering ernstig op te schalen. Daarbij wil ik ook vermelden dat de verschillende erkende stamcelbanken wereldwijd met elkaar in verbinding staan en dat het vinden van stamcellen met de juiste typering zich op dat wereldniveau afspeelt.

Daarbij wil ik benadrukken dat de behandelende arts in eerste instantie objectieve informatie heeft over welke behandeling voor dit kind op korte en iets langere termijn de meest aangewezen is.

Conform het Belgische register kan men in België stamcellen doneren tussen het achttiende en het zestigste levensjaar. Registreren kan echter maar tot het veertigste levensjaar.

Hoewel donoren tot hun zestigste levensjaar in het register opgenomen blijven, proberen donorcentra meer jonge vrijwilligers te werven. In de wetenschappelijke literatuur is aangetoond dat de leeftijd van de donor een rechtstreeks verband houdt met betere resultaten. De algemene gezondheidstoestand van jongere donoren is vaak beter. Er treden tevens minder complicaties op bij stamceldonatie in vergelijking met oudere donoren. Het handboek *European Society for Blood and Marrow Transplantation* treedt deze stelling bij.

In dit verband is het registreren tot het veertigste levensjaar een criterium gehanteerd door het RIZIV. In de financieringsovereenkomst met de Bone Marrow Donor Program Belgium. Jongere donoren blijven na de typering van het lichaamsmateriaal immers voor een langere periode geregistreerd in de donordatabase en zijn dus langer beschikbaar als donor.

De zoektocht naar een perfecte match voor patiënten met een zeldzaam fenotype gebeurt dus ook op een veel grotere schaal dan de louter nationale schaal.

28.03 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik kon het begin van uw antwoord niet goed volgen. Uiteraard is het aan de arts om te bepalen wie een geschikte donor is maar als men zich maar tot 40 jaar kan aanmelden, missen we wel een heel grote doelgroep. We doen hier natuurlijk aan weefseltypering en dat is natuurlijk gekoppeld aan gezondheidsbudgetten die u bepaalt. Als het budget voor die weefseltypering kan worden vergroot, kunnen we er ook voor zorgen dat de leeftijdsgrenzen verruimd kunnen worden zodat mensen van boven de 40 jaar zich ook kandidaat kunnen stellen en dat de arts dan bepaalt of die kandidaten al dan niet geschikt zijn. Als we vandaag zeggen dat slechts mensen onder de 40 jaar zich kunnen aanmelden, missen we een grote doelgroep die van levensbelang is voor mogelijke patiënten.

28.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal een cijfer citeren, maar ik vraag wel om daar voorzichtig mee om te springen omdat het een illustratie betreft. Stel dat men 30.000 tot 40.000 bijkomende donaties zou kunnen tot stand brengen door het wijzigen van de leeftijdsgrens, dan is bij een zeer zeldzaam fenotype de impact daarvan eigenlijk bijna verwaarloosbaar. Men moet dat echt op wereldschaal organiseren als het zeer zeldzaam is. In die zin laat ik het probleem dat zich hier voordoet met het vinden van een geschikte donor over aan de betrokken artsen van het Rode Kruis, die daarin experts zijn. Zij moeten, denk ik, ook de ouders van dat kind zeer goed kunnen informeren. Ik denk dat we voorzichtig moeten zijn met het idee dat men zoiets louter met een Belgische maatregel kan oplossen. Dit betekent niet dat we er niet over moeten nadenken, maar het is geen budgettaire discussie. De discussie gaat erover op welk niveau dit het best kan worden opgelost, hoe dringend een bepaalde ingreep is, hoeveel wachttijd er is. Dat zijn allemaal zaken die de arts met de ouders moet bespreken op basis van het concrete dossier.

28.05 Nawal Farih (cd&v): Ik kijk natuurlijk verder dan het individuele dossier. Voor de toekomst vind ik wel dat we het verhogen van die leeftijdsgrenzen moeten overwegen. We worden alsmaar ouder en

zullen veel donoren nodig hebben. In Nederland kan het, en ik denk dat het ook vastligt met het budget dat u wilt vrijmaken voor die weefseltypering, om ervoor te zorgen dat het RIZIV het advies kan geven om die leeftijdsgrens op te schuiven. We zullen er enkel baat bij hebben, want we hebben die donoren nodig en elke patiënt zou van de overheid alle kansen moeten krijgen op een geschikte donor.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[29] Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Pediatrische oncologie" (55038055C)

[29] Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'oncologie pédiatrique" (55038055C)

[29.01] Nawal Farih (cd&v): *Geachte minister, jaarlijks krijgen ongeveer 400 kinderen - jonger dan 16 jaar - kanker op een totaal van bijna 68.000 diagnoses in België. Kinderkankers zijn dus zeldzaam en vragen aangepaste behandeling en zorg.*

Vandaag zijn er zeven centra in België die volgens de Belgian Society of Paediatric Haematology erkend zijn in kinderhematologie en -oncologie, met name de universitaire ziekenhuizen te Gent, Leuven, Antwerpen, Brussel en Luik, het Universitair Kinderziekenhuis Koningin Fabiola te Brussel en de Clinique CHC MontLegia te Luik.

In Nederland worden alle kinderen met kanker behandeld in het Prinses Máxima Centrum. Dit maakt het centrum het grootste kinderkankercentrum van Europa. Dit heeft een enorme aantrekkingskracht gehad op onderzoekers, waardoor de research veel sneller is gegroeid dan verwacht. Ze zijn nu bijvoorbeeld sponsor van een aantal grote, internationale studies. Door alle patiënten en experts in Nederland op één plek samen te brengen is bovendien een impuls gegeven aan de kwaliteit van behandelingen en kunnen verschillende vormen van kinderkanker beter worden onderzocht, ook de zeldzame vormen.

Ik stelde u in april nog een vraag inzake de centralisatie van de behandeling van hoofd- en halstumoren. U vermeldde toen dat u deze legislatuur nog werk wenst te maken van een strategie voor hoofd- en halstumoren, net als voor ovariumkanker en pediatrische oncologie. Ook in het KB van 23/11/2022 inzake de loco- en supraregionale zorgopdrachten wordt verwezen naar een gespecialiseerd zorgprogramma en een satellietzorgprogramma voor pediatrische hemato-oncologie.

Wetenschappelijk onderzoek heeft ook al aangetoond dat centralisatie van zorg samenhangt met een betere overleving van kinderen met kanker.

[29.02] Minister Frank Vandenbroucke: *Mevrouw Farih, mede op vraag van en in overleg met de Belgian Society of Paediatric Haematology and Oncology werd de voorbije maanden een voorstel uitgewerkt om de zorg voor kinderen met oncologische aandoeningen inderdaad verder te concentreren in een beperkt aantal gespecialiseerde referentiecentra. Daarbij wordt, overigens naar analogie met Nederland, in een samenwerking voorzien met enkele geaffilieerde centra, waar indien mogelijk en gewenst een gedeelte van de verdere therapeutische opvolging van de patiënt dicht bij huis kan worden voortgezet.*

Dit voorstel wordt momenteel gefinaliseerd om vervolgens voor advies te worden voorgelegd aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Een van de doelstellingen die de BSPHO ertoe aanzet om naar een verdere concentratie van de zorg voor deze patiënten te streven, is net het stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek en het garanderen dat België betrokken blijft in internationale studies over pediatrische oncologie.

[29.03] Nawal Farih (cd&v): *Mijnheer de minister, u zei bij het begin van deze legislatuur werk te zullen maken van een strategie voor hoofd- en halstumoren en pediatrische oncologie. Ik heb u daarover vragen gesteld, want het gaat er natuurlijk over dat we aantrekkelijker moeten worden voor wetenschappelijk onderzoek, maar ik heb daar nu niet zoveel over gehoord.*

29.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan gewoon mijn antwoord herhalen. Ik heb een voorstel ontvangen van de betrokken wetenschappelijke vereniging dat mikt op concentratie. Ik wil dat voorleggen aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Mijn argument is dat dit ook toelaat om een sterkere aanwezigheid te hebben en een sterkere rol te spelen in het wetenschappelijk onderzoek, maar ik wil nu niet vooruitlopen op beslissingen die nog lang niet genomen zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions n^{os} 55038080C, 5538085C, 55038118C et 55038148C de M. Patrick Prévot et la question n° 55038090C de M. Daniel Bacquelaine sont transformées en questions écrites.

30 **Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De medicatiehistoriek van patiënten" (55038096C)**

30 **Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'historique médicamenteux des patients" (55038096C)**

30.01 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het gebrek aan toegang door artsen tot de medicatiehistoriek van patiënten. Zeker bij langdurige behandelingen of bij nieuwe patiënten is het van belang dat de arts een zicht krijgt op de medicijnen die de patiënt in het verleden gebruikt heeft.

Het medische dossier bevat immers geen informatie over de effectief aan de patiënt afgeleverde geneesmiddelen. Belgische officina-apotheken hebben derhalve vrijwillig en met eigen middelen het gedeeld farmaceutisch dossier (GFD) opgezet, opdat zij de gegevens uit het lokale farmaceutische dossier onderling kunnen raadplegen, mits geïnformeerde toestemming, geregistreerd via de eHealthbasisdiensten van de patiënt. Op die manier hebben zij het volledige overzicht van de afgeleverde medicatie.

Een dergelijk systeem heeft louter voordelen, zowel voor artsen, ziekenhuizen, verpleegkundigen als voor wetenschappelijk onderzoek en beleidsvoorbereiding. Maar het kost natuurlijk geld.

In het verleden was er sprake van vergevorderde onderhandelingen in het kader van het project-VIDIS over een deelname in de kosten van het GFD en wederkerige gegevensdeling, maar die werden nooit gefinaliseerd.

Naast dit alles is er ook geen digitale uitwisseling van medicatiegegevens tussen de eerste lijn en de ziekenhuizen. Die samenwerking is nochtans een van de belangrijkste uitdagingen voor goede geïntegreerde zorg. Ook de toegang voor patiënten zelf tot hun eigen medicatiehistoriek is beperkt. Hun medicatieschema en openstaande elektronische voorschriften zijn beschikbaar via respectievelijk Vitalink en Recip-e. Zij hebben geen zicht op de afleveringshistoriek.

Bent u van mening dat een bredere toegang tot de medicatiehistoriek van de patiënt wenselijk en/of haalbaar is dankzij die technische ontwikkeling?

Eind mei 2023 was u het, in een antwoord op een andere vraag van mij en mijn partij, ermee eens dat de digitalisering een enorm potentieel heeft om patiënten en zorgverleners beter te helpen.

Welke stappen zult u nog zetten tijdens deze legislatuur om hierrond beleidsmatig initiatieven te ondernemen, wat betreft de toegang door artsen, de uitwisseling tussen de eerste en de tweede lijn en de toegang door de patiënten zelf?

Bent u bereid om opnieuw onderhandelingen over een deelname in de kosten en/of wederkerige gegevensdeling te starten?

Welke volgende stappen in het VIDIS-project zullen nog gezet worden om interoperabiliteit tussen

softwaresystemen te verbeteren en een overzicht voor zorgverleners van alle afgeleverde geneesmiddelen van een patiënt te creëren en niet alleen die die de zorgverlener zelf heeft voorgeschreven?

30.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is wenselijk en haalbaar om de patiënt een brede kijk op zijn medicatiehistoriek te geven. In het kader van het project-VIDIS is er nog eind dit jaar een technische ontwikkeling voorzien die de afleveringshistoriek van het globaal farmaceutisch dossier raadpleegbaar maakt voor patiënten en zorgverleners via de mobiele toepassingen en webtoepassingen van VIDIS.

We hebben met de gefedereerde entiteiten een protocolakkoord over eHealth ondertekend met het oog op het optimaal elektronisch uitwisselen en delen van informatie en gegevens tussen de actoren die bevoegd zijn voor de gezondheids- en welzijnssector en voor bijstand aan personen. Bovendien is er een voorstel van overeenkomst tussen het RIZIV en FarmaFlux, zoals goedgekeurd in het Verzekeringscomité, om de afleveringshistoriek van geneesmiddelen en gezondheidsproducten die afgeleverd worden in publieke apotheken ter beschikking te stellen voor primair gebruik door patiënten en zorgverstrekkers in het kader van VIDIS, en voor secundair gebruik door de federale overheid en het secundaire netwerk van het RIZIV.

Specifiek voor de uitwisseling van medicatiegegevens tussen de eerste en tweede lijn zijn er werkgroepen gepland in het kader van het VIDIS-project om de bedrijfsgebonden, functionele en technische noden te bepalen en verder te realiseren.

Aangezien het hogergenoemde akkoord met FarmaFlux begin juli 2023 is bekrachtigd in het Verzekeringscomité en er in deelname in de kosten en/of wederkerige gegevensdeling wordt voorzien, is er voorlopig geen nieuwe onderhandeling gepland.

In het kader van het VIDIS-project zijn er lopende werkgroepen met de gezondheidskluizen en de softwarehuizen, onder de leiding van het RIZIV, om oplossingen te bespreken voor functionele en technische problemen met betrekking tot de interoperabiliteit. Die interoperabiliteit maakt deel uit van de homologatiecriteria voor de medicatieschema's. Softwarehuizen moeten daaraan voldoen. Voorts wordt er een nieuw protocol van medische gegevensuitwisseling op punt gesteld, gealigneerd met de internationale FHIR-standaard.

De hogergenoemde integratie met FarmaFlux is niet alleen bedoeld om patiënten, maar ook om zorgverleners een overzicht te geven van alle afgeleverde geneesmiddelen van een patiënt. Voorts loopt er een initiatief om nog dit jaar alle technische uitdagingen te beantwoorden zodanig dat alle voorschrijvers ook toegang hebben tot de openstaande voorschriften van hun confraters.

30.03 **Kathleen Pisman** (Ecolo-Groen): Dank u voor uw zeer gedetailleerde antwoord. Wij zullen het verder met u opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

31 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afslankmiddel Ozempic" (55038133C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het onderzoek van het EMA naar Ozempic" (55038166C)

31 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le produit amaigrissant Ozempic" (55038133C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de l'EMA portant sur l'Ozempic" (55038166C)

De **voorzitter**: Mevrouw Farih heeft de vergadering moeten verlaten voor overleg. Haar vraag wordt beschouwd als zonder voorwerp.

31.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het antidiabeticum Ozempic wordt gebruikt voor de behandeling van diabetes type 2, maar ook offlabel als obesitaspil. Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) onderzoekt mogelijke bijwerkingen zoals zelfmoordgedachten. Het EMA voert ook een onderzoek naar Saxenda en Wegovy, twee gelijkaardige geneesmiddelen.

In de Verenigde Staten hebben de autoriteiten reeds gewaarschuwd voor het risico op zelfmoordgedachten en is er gevraagd om een waarschuwing op de verpakking van het geneesmiddel aan te brengen. Het EMA zal na zijn onderzoek evalueren of er verdere maatregelen nodig zijn met betrekking tot het gebruik van Ozempic.

Bent u op de hoogte van het onderzoek dat is uitgevoerd door het EMA met betrekking tot Ozempic en het mogelijke verband met zelfmoordgedachten bij patiënten?

Kunt u aangeven welke maatregelen er momenteel worden genomen om de veiligheid van patiënten die dit medicijn gebruiken te waarborgen? Wordt er bijvoorbeeld extra monitoring uitgevoerd of zijn er restricties ingesteld?

Heeft het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten in België zelf ook onderzoek gedaan naar de veiligheid en effectiviteit van Ozempic? Zo ja, wat waren de bevindingen? Zeker voor de diabetespatiënten die goed geholpen worden met dit medicijn is alertheid geboden.

Welke informatie en waarschuwingen zijn momenteel beschikbaar voor zorgverleners en patiënten met betrekking tot het risico op zelfmoordgedachten bij het gebruik van Ozempic? Wordt er voldoende gedaan om deze informatie breed te verspreiden?

31.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, ten eerste, ik ben inderdaad op de hoogte van de evaluatie die momenteel loopt bij het EMA en die niet alleen Ozempic, maar ook andere geneesmiddelen van deze klasse betreft, de GLP1-analogen.

Ten tweede, deze evaluatie volgt op meldingen van zelfmoordgedachten en automutilatie bij patiënten die een van deze geneesmiddelen namen. De gemelde gevallen zijn zeldzaam ten aanzien van het wijdverbreide gebruik van deze geneesmiddelen en een oorzakelijk verband tussen het gebruik van deze geneesmiddelen en de waargenomen reacties is in dit stadium nog niet formeel vastgesteld. De lopende evaluatie zal dit al dan niet bevestigen.

Ten derde, deze geneesmiddelen zijn niet op nationaal niveau maar via de centrale Europese procedure vergund. Het FAGG volgt deze evaluatie nauwgezet op.

Ten vierde, het is momenteel nog niet duidelijk of de gesignaleerde problemen gelinkt zijn aan de geneesmiddelen zelf of aan de aandoeningen of onderliggende pathologieën van de patiënten of nog aan andere factoren. België zal alleszins passende maatregelen nemen in overeenstemming met de conclusies van de Europese evaluatie die momenteel wordt uitgevoerd.

Ik wil wel wijzen op de aanbevelingen van het FAGG die vorig jaar werden gepubliceerd op de website met betrekking tot het gebruik van het geneesmiddel voor indicaties waarvoor het vergund is, zijnde diabetes, behalve in geval van diabetes en obesitas met een body mass index van ten minste 30 of 27 met een gewichtsgelateerde comorbiditeit waarvoor alternatieven voorhanden zijn.

Artsen en apothekers hebben de plicht en de mogelijkheden om in het licht van deze aanbevelingen van het FAGG hun verantwoordelijkheid te nemen.

Mevrouw Farih had een vraag over de beschikbaarheid. Die informatie is te vinden op PharmaStatus. Het geneesmiddel blijft beperkt beschikbaar. De aanbevelingen van het FAGG inzake gebruik van dit geneesmiddel in dat perspectief actueel blijven.

31.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, aanbevelingen zijn op dit moment inderdaad nog altijd noodzakelijk. Als wij in het begin van de maand in de apotheek goed monitoren hoeveel patiënten met diabetes wij hebben die Ozempic gebruiken, geraken wij er. Het is wel heel moeilijk werken. Als iemand verkeerd spuit, bijvoorbeeld, komen wij wel in de problemen. Maar dat is een

andere kwestie.

Dit neemt niet weg dat elk gebruik van Semaglutide of een andere GLP1-analoog gemonitord zal moeten worden. Zowel de arts die voorschrijft als de apotheker die aflevert, zal alert moeten kunnen reageren op signalen, en zal deze moeten kunnen meedelen aan het FAGG.

Het kan natuurlijk niet dat men iemand gaat helpen met zijn diabetesprobleem, maar dat men het mentaal welzijn van die persoon ondermijnt. Dit is zeker iets om op te volgen.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55038109C en 55038111C van mevrouw Dillen zijn zonder voorwerp.

32 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het mondzorgtraject" (55038189C)

32 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le trajet de soins buccaux" (55038189C)

32.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het mondzorgtraject werd in 2016 gelanceerd met als doel patiënten te stimuleren regelmatig naar de tandarts te gaan. Het InterMutualistisch Agentschap (IMA) onderzocht recent de impact van het mondzorgtraject. Hierbij werd ook gekeken naar de evolutie van vraag en aanbod van tandheelkundige zorg. Daarin valt op dat op 12 jaar tijd, van 2008 tot 2019, 1 persoon op de 12 geen contact had met een tandarts. Het gaat daarbij vooral om mensen met een verhoogde tegemoetkoming en om 60-plussers.

Voorts wordt gesteld dat de capaciteit van het mondzorgtraject aan zijn limiet zit. Indien iedereen effectief zou deelnemen aan het mondzorgtraject, zouden er immers te weinig tandartsen zijn. Men suggereert daarom om het aantal tandartscontacten nodig om aanspraak te kunnen maken op de volledige terugbetaling te verminderen naar één contact per twee jaar.

Wat is uw mening omtrent de suggestie van het IMA om het mondzorgtraject om te vormen tot een contact per twee jaar? Werd hierover al overleg gepleegd met de beroepsverenigingen?

Uit de studie van het IMA blijkt duidelijk dat financiële drempels niet de enige drempels zijn voor een tandartsbezoek. Het feit dat personen met een verhoogde tegemoetkoming veel minder vaak naar de tandarts gaan, lijkt mij daar exemplarisch voor. Wat is uw analyse hiervan en wat is volgens u de remedie?

Ten slotte, de rol van de mondhygiënist wordt niet meegenomen in de studie van het IMA. Nochtans kunnen zij net in preventieve trajecten een enorme meerwaarde betekenen. Daarvoor is het echter noodzakelijk dat zij toegang krijgen tot specifieke en ook meer uitgebreide nomenclatuur dan vandaag het geval is. Wat zijn uw eventuele plannen daaromtrent?

32.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik kan u meedelen dat het rapport van het InterMutualistisch Agentschap mij nog niet werd meegedeeld. Voor zover ik weet, werd dit rapport onderzocht door de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen op 22 juni. In het kader van de begroting 2024, moeten de sectoren hun voorstellen van begrotingsprioriteiten indienen voor september. Ik laat daarom de Technische tandheelkundige raad en de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen bepalen of de door u genoemde maatregel deel uitmaakt van hun prioriteiten voor 2024. Op die basis zal ik deze voorstellen natuurlijk grondig bekijken.

In antwoord op uw tweede en derde vraag wens ik graag op te merken dat er de voorbije jaren al verschillende initiatieven werden genomen om een betere preventie en toegankelijkheid binnen de tandheelkundige zorg te verkrijgen, bijvoorbeeld de invoering van een nomenclatuur voor mondhygiënist. Ook in het kader van de uitvoering van de begroting 2023 werden verschillende maatregelen genomen, zoals de uitbreiding van de leeftijdsgrens tot 19 jaar voor gratis tandzorg en het afschaffen van de leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek, die beiden qua preventie en

toegankelijkheid positief zijn. Daarnaast wordt in de begroting 2023 van de geneeskundige verzorging een budget van 1 miljoen euro vrijgemaakt om mondhygiënist te integreren in de eerstelijnszorg. De hoofdlijnen van dit project worden nu gedefinieerd. De bedoeling is om ook hier tegemoet te komen aan de behoeften inzake preventie en toegankelijkheid voor de bevolkingsgroepen die het grootste risico lopen.

U weet dit ongetwijfeld. Ik vermeld dit alleen om eraan te herinneren dat er vooruitgang is. U hoort mij niet zeggen, mevrouw Gijbels, dat we daarmee helemaal rond zijn. Inzake tandheelkunde en mondzorg is er nog ontzettend veel te doen, maar dat zal natuurlijk ook afhangen van de budgettaire mogelijkheden.

32.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt dat het de tandartsen en ziekenfondsen toekomt om dat allemaal te bekijken en hun prioriteiten naar voren te schuiven. Toch denk ik dat het belangrijk is om daar bepaalde lijnen in te trekken. Preventie is heel belangrijk, niet alleen voor de mondgezondheid van de bevolking in het algemeen, maar ook omdat u op die manier budget kunt vrijmaken binnen de tandzorg. Ik meen dat het budget op verschillende vlakken namelijk nog heel wat beter kan worden besteed. De analyse van het IMA vind ik heel interessant en de suggestie om de voorwaarden niet per kalenderjaar te bekijken, maar eventueel over twee kalenderjaren te spreiden, vind ik goed, ook om overbevraging van tandartsen op het einde van het kalenderjaar te vermijden.

De inzet van mondhygiënist vind ik wel superbelangrijk om te komen tot betaalbare en ook kwaliteitsvolle mondzorg waarbij preventie nog veel meer naar de voorgrond komt. Als wij mondhygiënist een betere nomenclatuur geven, met inbegrip van zaken als voedingsadvies, tabaksadvies en mondhygiëne-instructies, dan ben ik ervan overtuigd dat zij veel ellende kunnen voorkomen. Zodoende kunnen we voor de bevolking ook hoge kosten tegengaan. Het wegwerken van financiële drempels is goed, maar ik denk dat sensibilisering en eenvoudige nomenclatuur eveneens heel belangrijk zijn om de drempels weg te werken. Immers, hoe ingewikkelder de nomenclatuur is, hoe meer voorwaarden er verbonden zijn aan een terugbetaling, des te meer worden mensen afgeschrikt om naar de tandarts te gaan uit angst voor een confrontatie met hoge kosten.

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

33 Vraag van Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Onrustwekkende overgewicht- en obesitascijfers bij jongeren" (55038192C)

33 Question de Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les chiffres alarmants relatifs au surpoids et à l'obésité chez les jeunes" (55038192C)

33.01 Mieke Claes (N-VA): Mijnheer de minister, ik blijf op dezelfde nagel kloppen, omdat het probleem bijzonder groot is. Meer dan een op de vijf Vlaamse jongeren heeft overgewicht of obesitas, zo bleek uit de recente vierjaarlijkse studie Jongeren en Gezondheid van het Departement Zorg. Bij het vorige onderzoek uit 2018 was dat nog een op de zeven. Het ging dus van 13,8 % in 2018 naar 21,7 % in 2022. Dat is een stijging van bijna 8 % in 4 jaar tijd. Ik heb hier nu al een jaar zitting en de cijfers worden er niet rooskleuriger op. Recent stelde ik u een vraag over de extra terugbetaling van diëtisten, maar ook wat dat betreft kreeg ik onvoldoende garanties dat er beterschap komt in de toekomst.

De laatste maanden lazen we in de media over de toenemende populariteit van Ozempic en gelijkaardige geneesmiddelen. Collega Depoorter had het er zopas nog over. Laat het duidelijk zijn: medicamenteuze therapie kan zinvol zijn, indien die toegepast wordt onder medische begeleiding. We moeten echter waakzaam zijn voor foutief gebruik of misbruik. Die therapieën mogen geen gemakkelijksoplossing worden. Ondertussen hebben heel wat mensen zo'n geneesmiddel al een eerste keer gebruikt en doen ze, omdat ze geconfronteerd worden met een jojo-effect, nogmaals een kuur.

Zult u het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan aanpassen op basis van de recente, toch wel dramatische overgewicht- en obesitascijfers bij jongeren? Indien neen, waarom niet?

Zult u nieuwe doelstellingen toevoegen aan het plan, in aanvulling op de nutritionele doelstellingen van

2006? Jongeren groeien vandaag de dag op met de bijna vanzelfsprekende aanwezigheid van medicamenteuze therapie als vermageringsmiddel. Hoe staat u hiertegenover? Hoe wilt u de medische begeleiding hierbij garanderen? Wat zult u doen om misbruik te voorkomen?

Welk doel hebt u nog voor ogen in de fiscale hervorming wat de gezondheidsshift betreft?

33.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het ontwerp van Federaal Voedings- en Gezondheidsplan houdt eigenlijk rekening met de studies die aantonen dat overgewicht en obesitas 1 op de 2 volwassenen in België treffen. De maatregelen die we voorstellen, hebben precies als bedoeling om overgewicht en obesitas terug te dringen. Ik moet in de federale regering natuurlijk nadenken over federale bevoegdheden. Dat primaire preventie en de bevordering van gezond eten onder de bevoegdheden van de deelstaten vallen, neemt niet weg dat we tot goede overeenstemmingen moeten komen.

De voedingsdoelstellingen van het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan zijn herzien volgens de recentste voedingsaanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad van 2019 en hebben met name tot doel de inname van toegevoegde suikers te verminderen tot minder dan 10 % van de totale energie-inname.

Het misbruik van geneesmiddelen die bestemd zijn voor diabetespatiënten is zorgwekkend. In het geval van zwaarlijvige kinderen moet de intake absoluut worden opgevolgd door de artsen en vergezeld gaan van een volledige poliklinische follow-up met dieetmanagement om de eetgewoonten en levensstijl duurzaam te veranderen. Ik verwijs naar wat ik hier zopas heb gezegd over Ozempic. Ik zal dat niet herhalen.

Op de vraag over de fiscale hervorming kan ik op dit ogenblik helemaal niks zeggen, tenzij dingen die u al in de media hebt gehoord.

In het transversaal project Obesitas bij kinderen wordt momenteel voorzien in pediatrie multidisciplinaire obesitascentra in de tweede lijn. Over de overeenkomsttekst is er een akkoord in de werkgroep. Die tekst wordt nu in een reglementaire tekst omgezet en het onderdeel kwaliteits- en procesindicators wordt eerstdaags afgerond in overleg met het Kenniscentrum. Het voorstel wordt eind augustus voorgelegd aan de betrokken organen. Het is de bedoeling dat de overeenkomst in de loop van september aan het Verzekeringscomité ter goedkeuring wordt voorgelegd.

33.03 **Mieke Claes** (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoop dat het Federaal Voedings- en Gezondheidsplan er snel komt en dat het voldoende constructieve handvatten zal bevatten om de slechte cijfers om te keren. Indien we daar onvoldoende op inzetten, vrees ik dat het schip alleen maar verder zal zinken.

U bent niet echt concreet ingegaan op de doelstellingen. Hopelijk doet u dat later nog.

Wat de medicamenteuze therapieën betreft, wil ik terugkomen op een recentere vraag over een bredere terugbetaling van de diëtisten. Volwassenen en jongeren mogen niet vergeten dat het niet zozeer gaat over het cijfertje op de weegschaal, maar over wat erachter zit, namelijk gezonde voeding, werken aan zijn gezondheid, het voorkomen van hart- en vaatziekten op latere leeftijd en het voorkomen van diabetes. Het gaat dus niet louter om het lichaamsgewicht. Snel gewichtsverlies staat niet gelijk aan gezond zijn. Daarvoor is een belangrijke taak weggelegd voor de diëtisten.

Ik heb vernomen dat de regering vanavond opnieuw bijeenkomt voor de fiscale hervorming. Ik wens u een bijzonder constructieve avond toe.

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

34 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De conventie logopedisten" (55038193C)

34 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La convention logopèdes" (55038193C)

34.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, uit de laatste conventiecijfers bij logopedisten blijkt dat in Wallonië 61 % is toegetreden tot de conventie, in Brussel 53 % en in Vlaanderen slechts 34 %. Over het hele land is dus 45 % van de logopedisten geconventioneerd.

Dit staat in schril contrast met de laatste twintig jaar, want toen lag de conventiegraad boven de 99 %. Volgens de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten, die aan de alarmbel trekt, hebben meer dan 150 praktijken in het afgelopen anderhalf jaar hun deuren gesloten. Als dat klopt, is het wel verontrustend, want door de afname van het zorgaanbod zijn de wachtlijsten veel langer geworden.

Wat is volgens u de reden dat de deconventiegraad overal zo sterk toegenomen is, vooral zo uitgesproken in Vlaanderen?

Bent u hierover in overleg met de beroepsverenigingen?

Hebt u zicht op het aantal logopedisten dat in de jongste twee jaar gestopt is? Kloppen de cijfers? Kunt u daar iets meer over vertellen?

Wat is uw plan om een hogere conventiegraad te bekomen? Welke acties plant u om de wachtlijsten te reduceren? Op welke manier wordt dit gemonitord?

34.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, naar aanleiding van de publicatie van de wijzigingsclausule bij de overeenkomst voor de logopedisten werd inderdaad een globale conventiegraad van 45,21 % vastgesteld, waarvan 60,63 % voor het Waalse Gewest, 52,92 % voor Brussel en 33,94 % voor het Vlaamse Gewest.

Ik weet dat er in de sector ontevredenheid heerst over de tarieven, maar ik wijs er nogmaals op dat er de afgelopen jaren enkele beduidende financiële inspanningen geleverd zijn voor de sector logopedie. In de loop van 2020 werden de honoraria verhoogd van 23,60 euro tot 28,04 euro voor een zitting van 30 minuten. Daarnaast besliste de regering vorig jaar om vanaf 1 juni voor alle zorgberoepen een voorschot op de indexering voor 2023 toe te kennen. Voor de sector logopedie betekende dat een bedrag van 2,236 miljoen euro, wat een belangrijke ondersteuningsmaatregel was in het kader van de hoge inflatie.

Het huidige budgettaire kader voor 2023 liet niet toe om in extra structurele maatregelen te voorzien voor de sector logopedie. In het kader van de onderhandelingen over een nieuwe overeenkomst in 2024 en de partiële begrotingsdoelstellingen die in het najaar van 2023 worden opgesteld, kan het budget voor de sector opnieuw worden geëvalueerd. Voor dit jaar is boven op de bestaande honoraria in elk geval al in een extra budget voorzien van 3,7 miljoen euro, in de vorm van een conventiepremie ter ondersteuning van de geconventioneerde logopedisten. Die structurele kostencompensatie komt zorgverleners die de tarieven respecteren tegemoet bij oplopende praktijkkosten voor personeel, energie en dergelijke.

De Vlaamse Vereniging voor Logopedisten verklaarde begin juli in de media dat sinds begin 2022 160 logopedisten hun praktijk hebben stopgezet en dat veel logopedisten een wachtlijst hebben. Ik beschik niet over specifieke cijfers over de stopzetting van praktijken en wachtlijsten in de logopedie. Wel kan ik de evolutie van het aantal logopedisten met profiel van de voorbije en de komende jaren opvolgen. Een logopedist met profiel heeft in dat betreffende jaar ten minste één geboekte verstrekking. De tendens van het stopzetten van praktijken is voorlopig niet zichtbaar in de beschikbare cijfers tot en met 2021. De geactualiseerde cijfers voor het jaar 2022 kunnen verder worden opgevolgd.

Daarnaast kunnen toekomstige PlanKad-rapporten van de Planningscommissie - medisch aanbod bijvoorbeeld tendensen blootleggen wat betreft in- en uitstroom van logopedisten en de contextuele factoren die daarbij een rol zouden kunnen spelen.

In de Overeenkomstencommissie Logopedisten – Verzekeringsinstellingen worden actuele thema's en bezorgdheden van de zorgverleners en verzekeringsinstellingen besproken. Signalen van de logopedisten kunnen via dit overlegorgaan gecapteerd worden door de overheid. Enkele maanden geleden, op 8 mei om precies te zijn, heeft mijn kabinet nog een delegatie van de Vlaamse Vereniging voor Logopedisten en de Union Professionnelle des Logopèdes Francophones ontvangen om prangende thema's in de sector te bespreken, zoals de conventiegraad, de honoraria, een herziening van de nomenclatuur en de vraag naar administratieve vereenvoudiging.

Die thema's liggen in de lijn van projecten die figureren in de overeenkomst 2022-2023. De beroepsorganisaties gaan daarover verder in overleg met de verzekeringsinstellingen, met het oog op het sluiten van een overeenkomst voor 2024-2025. Ik kijk in elk geval uit naar verdere voorstellen vanuit de sector met betrekking tot de aangehaalde thema's, omdat ik meen dat maatregelen op dit vlak kunnen leiden tot een verhoging van de conventiegraad en logopedisten ervan kunnen overtuigen om hun praktijk voort te zetten.

34.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Het is erg opvallend dat er opeens zo'n sterke deconventie is onder de logopedisten. Ze zijn blijkbaar niet alleen ontevreden over de voorstellen die worden gedaan, ze vinden het zelfs onleefbaar. Anders sluit men zijn praktijk niet, denk ik. Als veel logopedisten de deur sluiten, naar ik hoor 160 praktijken, dan verhoogt de druk op de overblijvende logopedisten. Dat maakt het voor hen ook moeilijker om vol te houden en dat wordt een vicieuze cirkel. Ik wil er dus toe oproepen om echt constructief in overleg te gaan en goed te luisteren naar de bezorgdheden, om daar de juiste conclusies uit te trekken en ervoor te zorgen dat het beroep op zijn minst weer leefbaar wordt.

U zegt echter dat u het zult opvolgen. De logopedisten met een profiel zijn logopedisten die minstens één verstrekking per jaar doen. Zo zullen we er echter niet komen, het moet iets fijnmaziger worden opgevolgd als we echt het correcte aanbod aan logopedisten willen kennen en opvolgen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55038194C van de heer Piedboeuf worden omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 55038205C van mevrouw Van Hoof wordt uitgesteld.

35 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het niet-uitgekeerde bedrag bij toepassing van de 25 %-regel in kinesitherapie" (55038195C)
35 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le montant non versé lors de l'application de la règle de 25 % en kinésithérapie" (55038195C)

De **voorzitter**: Dit is de laatste vraag voor het reces en het is het laatste agendapunt van mijn voorzitterschap van deze commissie.

35.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, uit een schriftelijke vraag blijkt dat tussen 2017 en 2021 jaarlijks een bedrag tussen 8 en 25 miljoen euro niet werd uitgekeerd door de toepassing van de 25 %-regel die te maken heeft met de verstrekkingen van niet-geconventioneerde kinesitherapeuten. In 2021 ging het om bijna 22 miljoen.

Zoals u weet, is er in de vorige legislatuur een wet goedgekeurd die een einde moet maken aan die 25 %-regel. Deze regel geldt immers niet voor alle zorgberoepen. Hij geldt bijvoorbeeld niet voor artsen en tandartsen. Toch is er nog steeds geen uitvoeringsbesluit om deze wet in werking te laten treden.

De conventiegraad van de kinesitherapeuten is vooral in Vlaanderen bijzonder laag. Om de oorzaak van de lage conventioneringsgraad te achterhalen, zou er een onderzoek plaatsvinden.

Vooraf bij de kinesitherapeuten gaat het om fikse bedragen die niet worden uitgekeerd als de 25 %-regel wordt toegepast. Voor welke doeleinden wordt dat 'uitgespaarde' budget aangewend?

Is het aangekondigde onderzoek van start gegaan? Zo ja wanneer en hoe is dat opgezet? Wanneer verwacht u de resultaten daarvan?

Zal ook worden onderzocht hoe het komt dat er in Wallonië een hogere conventiegraad is? Er komen namelijk signalen dat er achterpoortjes worden gevonden om de tarieven daar op te trekken. Bent u daarvan op de hoogte?

Wanneer zult u een einde maken aan de 25 %-regel, zoals ook door het Parlement werd beslist?

35.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, zoals ik al heb gemeld in mijn antwoord op een schriftelijke vraag van mevrouw Pisman, werd de mindere uitgave in de ziekteverzekering voor de kinesitherapie ten gevolge van die 25 %-maatregel geschat op 17 miljoen euro, op basis van de geldende tarieven op 1 juni 2022 en de conventiegraad op 20 december 2022.

De uitgaven voor verstrekkingen van kinesitherapeuten maken deel uit van de begroting van geneeskundige verstrekkingen. De toegestane budgettaire groeimarge van deze begroting voor geneeskundige verstrekkingen wordt bepaald door de wettelijke groeicijfer met daarbovenop het toegekend bedrag voor de indexering van de vergoedingen. Vervolgens wordt het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling verdeeld over de verschillende actoren van de gezondheidszorg. In dat opzicht laat het uitgespaarde budget toe om de groeicijfer te respecteren, om binnen deze begroting andere noden in te vullen.

Er bestaat inderdaad een bepaling in de kwaliteitswet die de 25 %-regel afschaft, maar die treedt pas in werking op een datum die door de Koning wordt bepaald. Omdat de eventuele afschaffing van deze regel zeer aanzienlijke gevolgen heeft, moet die zeer goed onderzocht worden wat betreft de haalbaarheid en prioriteit, alvorens een beslissing te nemen.

Het verschil in conventiegraad tussen de verschillende regio's is voor mij natuurlijk een belangrijk aandachtspunt. In dit kader bestudeert het RIZIV momenteel een voorstel van Axxon en de verzekeringsinstellingen om een enquête te doen bij de actieve kinesitherapeuten om onder meer te achterhalen welke de redenen zijn van conventioneerings- of deconventioneerings. De verzekeringsinstellingen stellen daarbij voor de enquête uit te breiden tot andere zorgverstrekkers dan kinesitherapeuten, omdat de problematiek van de dalende conventiegraad zich niet alleen voordoet bij deze groep. Dit is een relatief complexe oefening, die nog niet is afgerond. Vandaag is het dus nog te vroeg om meer concrete informatie te geven.

35.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, u zegt dat die mindere uitgaven werden geschat op 17 miljoen. In de feiten houdt u er dus al rekening mee dat een groot aantal kinesisten niet geconventioneerd zal zijn. Welk voordeel heeft de overheid dan om ervoor te zorgen dat die conventiegraad zo hoog mogelijk is en om ervoor te zorgen dat er goede tarieven zijn en er goede afspraken kunnen worden gemaakt tussen de kinesisten en de ziekenfondsen? Ik vind het een heel rare redenering dat er al wordt uitgegaan van een bepaalde deconventiegraad.

Die 21 miljoen die niet werd uitgekeerd in 2021 moet wel worden opgehoest door de burgers, de patiënten, de belastingbetalers. Het zijn zij die uiteindelijk de dupe zijn van die slechte akkoorden. In Vlaanderen ziet men al heel duidelijk dat de kinesisten niet meer mee zijn en dat het merendeel niet geconventioneerd is, zeker de jonge kinesisten.

Om die beroepsvereniging te sussen zegt u daar een onderzoek naar te doen. Ik stel echter vast dat dit onderzoek nog altijd niet van start is gegaan en dat er misschien nog andere beroepsgroepen bij worden betrokken.

U hebt ook helemaal niet om mijn laatste vraag geantwoord wanneer er een einde komt aan die 25 %-regel. U doet dat dus niet en u legt de beslissing van het Parlement naast u neer. Dat is onbehoorlijk, mijnheer de minister.

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

De **voorzitter**: Hiermee beëindigen we vroeger dan verwacht deze commissievergadering. Ik dank de minister voor de aangename samenwerking. Ik vertegenwoordig als commissievoorzitter het Parlement. Het is niet altijd eenvoudig geweest om te bepalen wat men van een minister mag verwachten en welke eisen overdreven zijn. Ik dank ook mevrouw Schellens en de heer Schoenmaeckers voor de constructieve samenwerking. Ik heb steeds geprobeerd om de gulden middenweg te vinden. Die raad zal ik ook geven aan mijn opvolger, die voorlopig nog niet gekend is.

35.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, u hebt ons verrast met uw ontslag, maar we moeten het respecteren dat u terugkeert naar uw vroegere werkterrein. U hebt daar ongetwijfeld goede redenen voor. U was een aangename voorzitter. We hadden soms meningsverschillen op vlak van de te volgen procedure en de aanpak, maar dat is normaal. Ik denk dat u hebt geprobeerd uw taak correct te doen en die bestaat er niet in om het leven van een minister gemakkelijk te maken, wel integendeel. Ik vond het alleszins zeer aangenaam en ik wens u een goede terugkeer naar uw vroegere werkgever.

De **voorzitter**: Dank u wel, u hebt het mij ook niet altijd gemakkelijk gemaakt, maar de leden soms ook niet. Dat hoort er nu eenmaal bij en de commissie moet een plaats zijn voor debat. Een levendig debat kan geen kwaad. Het kan, mijns inziens, niet de bedoeling zijn dat het slaapverwekkend is. Ook nog dank aan de aanwezige leden van de N-VA-fractie voor hun medewerking en de vele agendapunten die zij aanbrachten.

35.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, namens de N-VA maar ik vermoed namens alle fracties, hartelijk dank voor uw voorzitterschap. We hebben in deze commissie vele uren samen doorgebracht.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.43 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 43.*