

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

du

van

MERCREDI 4 OCTOBRE 2023

WOENSDAG 4 OKTOBER 2023

Après-midi

Namiddag

Le développement des questions commence à 16 h 16. La réunion est présidée par M. Roberto D'Amico.

De behandeling van de vragen vangt aan om 16.16 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Roberto D'Amico.

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.

Le **président**: Chers collègues, je vous demanderai simplement de respecter les temps de parole impartis. Tout à l'heure, le compteur ne fonctionnait plus, mais à présent, il fonctionne. Si nous ne sommes pas à dix secondes près, respectez les temps de parole, vu le nombre de questions! Ma demande s'adresse également à M. le ministre, pour qui le temps de parole sera également contrôlé.

01 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le respect de la loi transparence de 2013" (55038298C)

01 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De naleving van de transparantiewet van 2013" (55038298C)

01.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé à plusieurs reprises au sujet de la loi du 21 décembre 2013 visant à renforcer la transparence, l'indépendance et la crédibilité des décisions prises et avis rendus dans le domaine de la santé publique, de l'assurance-maladie, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement.*

Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} mars 2016, ne produit toujours pas ses effets en raison de l'absence d'arrêtés d'exécution.

En novembre 2022, vous me répondiez que « Le SPF Santé publique a préparé les projets d'arrêtés royaux en 2019. La procédure d'implémentation s'est interrompue pendant la crise covid. Entretemps le chef de projet a quitté le SPF, donc un nouveau chef de projet doit être désigné par le comité de direction pour finaliser cette procédure. Ce projet doit donc encore se réaliser suivant 2 étapes: - faire approuver les 3 arrêtés royaux mentionnés en concertation avec les autres organisations concernées; - implémenter les arrêtés royaux au sein du SPF Santé publique et au niveau des autres organisations concernées. Actuellement, seule la 1^{ère} étape a été partiellement réalisée, à savoir que: - les 3 arrêtés royaux ont été rédigés en concertation avec les organisations concernées et ont reçu un avis de Autorité de protection des données (18 octobre 2019). En ce qui concerne la 2^{ème} étape, le SPF Santé publique doit encore engager des collaborateurs, ce qui est sa priorité. »

Le 20 juin dernier, vous me répondiez que « Le dossier concernant l'adoption et la publication des arrêtés royaux pris en exécution de la loi du 21 décembre 2013 (...) n'a pas connu d'avancées significatives depuis novembre 2022 lorsque je vous annonçais que la seconde étape du processus consistait à engager de nouveaux collaborateurs. En effet, les procédures de sélection sont toujours en cours. L'INAMI suivra de très près l'exécution de ces arrêtés royaux dont le SPF Santé publique est

responsable, car ils vont impacter les effectifs du personnel à engager dans les différents conseils, comités et commissions où les conflits d'intérêts sont déclarés. »

Monsieur le Ministre, nous sommes plusieurs mois plus tard. Où en sont ces arrêtés royaux?

01.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, la loi mentionnée est dépassée et n'est pas conforme au RGPD. Par conséquent sa simple application ou mise en œuvre est impossible sans la remanier en profondeur. L'AFMPS a déjà élaboré un projet de base légale pour ses déclarations d'intérêt. Elle l'a soumis à l'APD. Ce projet pourrait servir de base à des discussions ultérieures en fonction des besoins exacts.

Le SPF Santé publique en collaboration avec certaines autres institutions de soins de santé (Conseil Supérieur de la Santé (CSS), l'INAMI, l'AFMPS, etc.) étudie la façon dont ces adaptations peuvent être réalisées et dont la mise en œuvre de cette loi peut être concrétisée dans le contexte adapté.

La semaine dernière, ma cellule stratégique a encore demandé au comité de gestion des administrations de la Santé un état de la situation en ce qui concerne l'élaboration de la loi de 2013. Tous les présidents ont répété leur intention de parvenir à une proposition viable avec un groupe de travail de leur service juridique.

01.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous me donnez aujourd'hui une troisième version en l'espace de 11 mois!

En novembre 2022, vous me disiez qu'il y avait une préparation d'arrêtés royaux en 2019 mais qu'à cause du covid, cela s'était interrompu.

En juin dernier, vous m'aviez dit qu'il n'y avait pas eu d'avancées parce qu'il fallait engager de nouveaux collaborateurs, mais que les choses avanceraient très vite une fois qu'on aurait procédé aux engagements dans les différents conseils, comités et commissions où les conflits d'intérêt sont déclarés.

Aujourd'hui, vous m'expliquez que la loi, qui ne date pas de ces deux dernières années mais de 2016, est dépassée car non conforme au RGPD.

Trois changements d'avis dans la justification d'une non-mise en application et une opérationnalisation d'une loi, dont l'objectif est de garantir la transparence, l'indépendance et donc la crédibilité des décisions prises dans le domaine de la santé publique! Ce n'est pas acceptable.

Voilà sept ans que cette loi devrait être d'application! Pendant tout ce temps, des questions peuvent véritablement se poser eu égard à la transparence, aux conflits d'intérêts et à l'indépendance. Sans aucune déclaration conforme par ailleurs, je ne peux que vous inciter à mettre le turbo pour que cette loi soit enfin correctement opérationnelle et concrétisée dans toutes les institutions concernant la santé publique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La garde en médecine générale" (55038299C)

02 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De huisartsenwachtdienst" (55038299C)

02.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, nous avons déjà eu de nombreux échanges au sujet de la réforme de la garde en médecine générale.*

Lors de nos échanges le 18 juillet dernier, vous avez fait référence aux « chiffres des cas référés par les opérateurs 1733 aux postes de garde durant la dernière année » qui « serviront de base pour la révision des protocoles de niveau 6 et 7 en cours. Le nombre de contacts pendant la nuit profonde

reste faible, même s'il varie d'un poste de garde à l'autre en fonction de la taille de la zone desservie. D'après les chiffres de juin 2023, pour les postes wallons, on compte en moyenne 0,8 patient pendant la nuit profonde en semaine par poste, 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. Le nombre de patients à visiter dans les deux heures est limité à 0,3 avec un maximum d'un patient par poste de garde en nuit profonde en semaine, et à 0,5 patient avec un maximum de 2,5 patients pendant le week-end. ».

Vous avez aussi indiqué que « Le Medicomut et le Comité de l'assurance sont d'accord sur le projet d'arrêté royal sur le financement des réseaux de coopération fonctionnelle. Il prévoit d'investir dans les postes de garde des généralistes. Les coopérations fonctionnelles coûteraient 71 millions d'euros, soit 22 millions en plus que le financement actuel et trois fois celui en fin de Suédoise. »

Vous avez également fait référence à une lettre qui « contient tous les scénarios possibles sur la base d'un arrêté qui a été approuvé à l'unanimité par la Commission nationale médico-mutualiste. Tous les scénarios pertinents impliquent des fonds supplémentaires, parfois très importants. »

Monsieur le ministre,

Pourriez-vous nous donner les chiffres exacts quant au nombre de cas référés par le 1733 aux postes de garde durant l'année dernière, c'est-à-dire les chiffres qui reprennent les données de l'ensemble des postes de garde de notre pays?

Pourriez-vous me communiquer la modélisation de l'arrêté approuvé par la Médicomut que vous évoquiez dans votre réponse sur l'ensemble du territoire, soit pour chaque zone?

Je vous remercie pour votre réponse.

02.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Chère collègue, ces 12 derniers mois, le numéro d'appel 1733 a reçu 617 860 appels. Une partie du pays étant toujours en phase un du projet, 303 941 de ces appels ont été déviés sans l'intervention d'un opérateur 1733 vers les postes de garde. Pour 313 919 appels, il y a eu un contact avec un opérateur 1733, appels répartis comme suit: 39 472 appels en période de garde en semaine et 274 447 en période de garde le week-end.

En annexe, vous trouverez le projet d'arrêté royal plus annexes concernant le financement des coopérations fonctionnelles des postes de garde de médecine générale approuvé par la Commission nationale médico-mutualiste, la Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance. Le financement sera effectué sur la base du scénario choisi par la coopération fonctionnelle lors de l'introduction de sa demande sur la base de l'arrêté royal du 10 septembre 2020. C'est aux postes de garde eux-mêmes de former ces coopérations fonctionnelles.

Chaque coopération pourra choisir entre deux scénarios:

- soit tous les postes de garde de médecine générale sont ouverts tout le temps, donc également pendant la nuit profonde, plus un nombre de véhicules établi sur la base de la population et de la superficie du territoire couvert par la coopération fonctionnelle;
- soit plus de véhicules et de chauffeurs et un nombre de postes de garde de médecine générale ouverts tout le temps établi sur la base de la population et de la superficie du territoire couvert par la coopération fonctionnelle.

Ce projet d'arrêté royal a été déposé auprès de l'Inspection des finances pour avis. Je peux vous remettre ce projet et les annexes comprenant les chiffres expliquant en détail le modèle de financement et le fonctionnement.

02.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vais attendre de recevoir cette annexe avec, je l'espère, ces modélisations. Je vous avais demandé, et cela est logique pour prendre ce type d'arrêté, d'avoir des modélisations précises pour l'ensemble du territoire, mais aussi pour chaque zone. Malgré vos déclarations, l'organisation de la garde en médecine générale est en réalité extrêmement plurielle. Il faut pouvoir tenir compte de toutes les situations, que l'on soit en zone urbaine, rurale ou semi-rurale. Il faut tenir compte de la réalité des salles d'urgence parfois saturées. Il faut aussi tenir compte de l'importance de la collaboration entre les médecins de première ligne, mais aussi des hôpitaux et singulièrement de toute la question de la nuit noire posant un véritable problème encore

aujourd'hui.

Je crains que, par rapport à la remise en question de ce qui se fait depuis plusieurs années, de très nombreux médecins généralistes dans certaines zones rurales et semi-rurales, craignent fortement une problématique majeure pour pouvoir assurer la poursuite des gardes, y compris pour les jeunes médecins généralistes engagés. J'examinerai ces données avec beaucoup d'attention.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55038308C de Mme Catherine Fonck et n° 55038875C de Mme Sofie Merckx sont reportées.

03 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het dispuut tussen de Staat en Medista over de vaccindistributie" (55038327C)**

03 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le conflit entre l'État et Medista à propos de la distribution des vaccins" (55038327C)**

03.01 **Kathleen Depoorter (N-VA)**: Mijnheer de minister, sinds meer dan een jaar heerst er een dispuut met juridische implicaties tussen uw diensten, de FOD Volksgezondheid, het FAGG en de vaccindistributeur Medista, waarmee u in het begin van de vaccinatiecampagne samenwerkte. U zei het contract dat liep tot 2025 eenzijdig op, diende naderhand opnieuw met de firma in zee te gaan voor de herfstcampagne en verhuisde uiteindelijk 9 miljoen vaccins van Medista naar de nieuwe distributeur Movianto. Van die 9 miljoen vaccins zijn er ondertussen 6 miljoen vernietigd. Er was ook sprake van betwiste facturen. Deloitte Legal trad op als raadsheer.

U gaf aan een dading te zoeken tussen de Staat en de firma Medista. Wat is de stand van zaken van die poging tot dading tussen de Staat en de firma Medista, waarnaar u eerder verwees? Denkt u op korte termijn tot een vergelijk te komen? Wat is het tijdspad? Hebt u daarvoor budget vrijgemaakt? Hoeveel?

Is er overleg geweest tussen uw diensten en de firma Medista en wat is de uitkomst van dat overleg?

Zijn de betwiste facturen ondertussen betaald en de betaalde bedragen vrijgegeven?

Kunt u het budget van de juridische bijstand in deze zaak tot op vandaag meedelen? Graag had ik ook de facturen verkregen.

De vzw Transparencia beschuldigde u voor de zomer van belangenvermenging in deze zaak. Zette u stappen om die klacht tegen u te ontkrachten? In hoeverre bent u nog altijd van mening dat er geen sprake is van belangenvermenging in dit dossier van uzelf of van ambtenaren of consultants die voor de diensten werken waarvoor u bevoegd bent?

03.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ten eerste, er lopen verschillende gerechtelijke procedures. De FOD heeft het volle vertrouwen in het verdere verloop daarvan. Om proceseconomische redenen kan het aangewezen zijn om tot een dading te komen. Daarover is er momenteel geen akkoord tussen de partijen. De gesprekken daarover lopen.

Ten tweede, zoals gebruikelijk in dergelijke situaties vindt het overleg omtrent de dading in eerste instantie plaats via de raadslieden van beide partijen. De FOD wordt daarbij inderdaad bijgestaan door Deloitte Legal. Medista wordt bijgestaan door de kantoren Simmons & Simmons, Altius en advocaat Hans Rieder.

Ten derde, de FOD betaalde tot op heden 40,28 miljoen euro aan Medista. Bepaalde facturen waarover discussie is, werden provisioneel betaald.

Ten vierde, de totale kosten voor advocaten in dit dossier, adviesverlening en juridische bijstand bij gerechtsprocedures, bedragen tot op heden 234.740,89 euro.

Ten vijfde, de FOD Volksgezondheid houdt zich momenteel bezig met het opstellen van een antwoord op de vraag van Transparencia.

Verder wens ik niet te reageren op valselijke beschuldigingen.

03.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het gaat niet zo snel vooruit met die dading. U hebt mij een aantal maanden geleden al gezegd dat u daarvan snel werk wilt maken. Zowel voor u als voor de betrokken partij, zijnde Medista, zou een akkoord de beste oplossing zijn.

Hetzelfde geldt voor die provisionele betalingen. Ik denk dat het al een jaar geleden is dat u een aantal zaken provisioneel betaald hebt en dat die rekeningen geblokkeerd werden. In hoeverre kan die firma nog alle kosten dragen? Is daar sprake van een dreigend faillissement, waarvoor u dan toch ook medeverantwoordelijk bent?

Het wordt allemaal heel erg op de lange baan geschoven. Ik meen mij te herinneren dat u in vorige discussies steeds aangaf dat u recht in uw schoenen stond. Als het echter niet lukt om tot een vergelijk te komen, dan moet er toch meer aan de hand zijn. Dat had ik dan toch wel graag van u vernomen. 234.000 euro aan advocatenkosten is ook een niet onbelangrijk bedrag, mijnheer de minister.

Uw antwoord over Transparencia is echt wel bedroevend. U hebt gezegd dat de FOD een antwoord formuleert, maar morgen wordt er gestemd over het eventueel bindende advies van de CTB. U zult dat met z'n allen wegstemmen. Dat gebrek aan transparantie, dat wegstoppen van informatie voor de belastingbetaler, is echt problematisch.

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

04 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken met betrekking tot het rescEU-project" (55038328C)
04 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement du projet rescEU" (55038328C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag is enigszins verweven met de vorige en gaat over de stand van zaken met betrekking tot het rescEU-project. In het juridische dispuut voor de Raad van State komt dit ook ter sprake. U rekruteerde via de firma Movianto een consultant die het rescEU-project in goede banen moest leiden. Die consultant zou tot augustus 2023 met Europese middelen voor de FOD Volksgezondheid werken, in het kader van Europese donaties.

Hebt u het contract van de consultant na 31 augustus verlengd? Hoe voert u die eventuele verlenging uit, of is het de Europese Unie die dat doet? Zo ja, tot wanneer? Hoeveel heeft de consultant in de periode van 1 september 2022 tot 31 augustus 2023 aan de Belgische Staat gekost? Zal de Belgische Staat bij een verlenging de consultant betalen of zullen alle middelen daarvoor uit Europa komen? Hoeveel donaties zijn er uitgevoerd in de genoemde periode? Hoeveel bedroegen de facturen die de firma Movianto voor die missies heeft uitgeschreven? Betaalde Europa de facturen rechtstreeks of schoot de Belgische Staat die voor? Hoeveel heeft de Belgische Staat betaald in het kader van het rescEU-project voor logistiek, voor het bewaren van de gedoneerde zaken enzovoort?

Graag had ik voor de periode van 1 september 2022 tot 31 augustus 2023 de facturen van u ontvangen. Blijft dezelfde consultant bij een eventuele verlenging aan boord of dient u op zoek te gaan naar een ander profiel?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, de FOD heeft geen rechtstreeks contact met de consultant, dat verloopt via de firma Movianto. De consultant zal voor de FOD blijven werken tot het project afgesloten is. Aangezien het *grant agreement* van het project *rescEU for Ukraine* tussen België

en de Europese Commissie is verlengd tot eind februari 2024, zal de consultant tot het einde van deze periode aangeworven blijven.

Ten tweede, alle kosten die gemaakt worden in het kader van het project *rescEU for Ukraine* worden door de Europese Commissie vergoed. Het loon van de consultant behoort daar ook toe. De FOD betaalt weliswaar de btw-kosten gelinkt aan dit project, maar die vormen ook een btw-inkomst voor de Belgische Staat. Bijgevolg heeft de consultant de Belgische Staat niets gekost.

Ten derde, zoals hierboven aangegeven komen alle middelen voor dit project van de Europese Commissie.

Ten vierde, er zijn tien donaties succesvol afgerond in dit project, voor een totale waarde van 1.337.991,61 euro. Daarnaast lopen er nog drie donaties.

Ten vijfde, de facturen van Movianto bestaan uit twee delen. Het eerste deel zijn de vaste kosten voor de administratie en het management van dit project. Het tweede deel is voor de stockage van de producten. Die kosten zijn voorzien in de *grant* van de Europese Commissie en worden met dat geld betaald. Van die *grant* heeft de Belgische Staat al 1.110.985,84 euro ontvangen.

De transportkosten voor het vervoer van de goederen worden nog apart aangerekend. Die kosten worden op een later moment gerecupereerd, transport per transport. Een deel van de gedane kosten werd al gerecupereerd. Andere transporten moeten echter nog vergoed worden. De Belgische Staat betaalt alle facturen en de kosten daarvan worden op een later moment gerecupereerd. De wijze waarop verschilt tussen de elementen die voorzien zijn in de *grant* van het project en de uitgevoerde transporten.

U vraagt naar de facturen van september 2022 tot augustus 2023. Mijn medewerkster, mevrouw Schellens, kan u die bijlagen bezorgen als u dat wenst. Wij hebben die niet afgedrukt op papier, omdat het een lange lijst is. Ik wil geen boom laten sneuvelen daarvoor. Als u die facturen wilt bekijken, kunnen wij u die digitaal bezorgen.

Ten zesde, het project is verlengd tot eind februari 2024. Bijgevolg hebben zowel de FOD als Movianto besloten om de consultant tot het einde door te laten werken op dit project.

04.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik ontvang die facturen inderdaad graag digitaal. U moet zich geen zorgen maken over de bomen.

Het valt mij op dat u zegt dat de FOD geen rechtstreeks contact heeft met de consultant, die met tien donaties bezig is gedurende een jaar, dus minder dan één donatie per maand. Er wordt daaraan 1,3 miljoen besteed, waarvan u al 1,1 miljoen hebt voorgesloten. U zegt dat er ook nog transportkosten apart worden gerekend. U hebt echter geen contact met die consultant. Nochtans stuurt die consultant wel mails uit naar de FOD en het FAGG.

Ik vind dat een heel bijzonder gegeven in uw antwoord. U bent immers de werkgever van de consultant. U hebt mij destijds gezegd dat Movianto enkel het vehikel was om de consultant aan te trekken. Nu zegt u echter dat Movianto het rechtstreekse contact heeft met de consultant.

Er is in dit dossier opnieuw een antwoord gegeven waarin iets niet klopt, mijnheer de minister. Ik zal dat dan ook verder blijven uitzoeken.

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

05 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiecampagne in de herfst 2023" (55038329C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiecampagne tegen COVID-19" (55038351C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie van SARS-CoV-2" (55038365C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken betreffende de coronabesmettingen" (55038579C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evolutie van het aantal coronabesmettingen" (55038613C)

05 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination à l'automne 2023" (55038329C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La campagne de vaccination contre le Covid-19" (55038351C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution du SARS-CoV-2" (55038365C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation liée au Covid-19" (55038579C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évolution des infections par le Covid-19" (55038613C)

05.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de covidvaccinatiecampagne is al aan de gang. Het besluit van het advies van de Hoge Gezondheidsraad luidt dat er tussen 2,5 miljoen en 3 miljoen boosters aanbevolen zouden kunnen worden.

U gaf al aan dat er dit jaar nog 3,6 miljoen vaccins geleverd zouden worden, waarvan het grootste deel Pfizer-vaccins zullen zijn. Die vaccins werden voor 1 oktober 2023 verwacht. Kunt u bevestigen dat ze zijn geleverd?

Om plaats te maken in de *ultra low temperature freezers* (ULT's) gaf u de distributeur de opdracht om 6 miljoen vaccins van de vorige lichter te vernietigen. Zijn die vaccins ondertussen vernietigd? Hoeveel hebt u betaald voor de vernietiging? Graag had ik de factuur ervan ontvangen. Is er vandaag voldoende ruimte om de vaccins te stockeren aan -80 °C?

Ik vroeg u al vaker naar de verdeelsleutel voor de betaling van de vaccinatiecampagne. Bestaat daarover ondertussen een overeenkomst tussen uw diensten en de deelstaten?

Wanneer de vaccins ontdooid worden en aan een temperatuur van 2 tot 8 °C bewaard worden, blijven ze nog 10 weken bruikbaar. Die vaccins kunnen in de apotheken gestockeerd worden, maar wanneer ze vervallen, moeten ze worden vernietigd. Hoe zal dat worden georganiseerd? Is het de bedoeling dat de vervallen vaccins samen met de andere, courante medicatie vernietigd worden, of is er in een specifieke procedure voorzien? Met andere woorden, wie zal die vernietiging betalen?

05.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, si on fait le topo aujourd'hui de la situation du Covid-19, on constate une évolution ces dernières semaines, puisque le taux moyen de positivité du covid qui était de 5 % début août est maintenant à 19 %. Le taux de reproduction du virus fluctue juste en dessous ou juste au-dessus de 1 d'une semaine à l'autre. Quant à la surveillance des eaux usées, on constate que c'est relativement stable au niveau national. Par contre, au niveau régional, on constate un indicateur d'augmentation rapide positif à Bruxelles et un indicateur de haute circulation positif en Wallonie. On observe une série de nouvelles admissions dans les hôpitaux wallons, y compris de patients présentant un covid-19 sévère nécessitant oxygénothérapie et dexaméthasone, ce qui corrobore un peu le lien avec la surveillance des eaux usées.

Monsieur le ministre, les centres de vaccination n'étant toujours pas opérationnels aujourd'hui, quelle est la teneur de la discussion qui a eu lieu en Conférence interministérielle à ce sujet? La vaccination se fera-t-elle bien conformément à l'avis du Conseil Supérieur de la Santé? Inversement à ce qui se

faisait l'année dernière sur le lieu du travail, les médecins du travail n'ont pas été mobilisés pour pouvoir activer des campagnes de vaccination. Qu'en est-il des personnes qui ont été vaccinées ces six derniers mois? Les *guidelines* internationales préconisent de ne pas les revacciner avant une période de six mois. Or aucune décision n'a été prise en Belgique. Qu'en est-il de la prise en charge financière, de la répartition du coût entre le fédéral et les entités fédérées? Qu'en est-il du port du masque chirurgical dans les institutions de soins où l'on observe une résurgence importante d'admissions de covid sévère? Monsieur le ministre, vous aurez constaté que j'ai adapté mes questions, étant donné que j'avais déposé celles-ci au mois d'août et que nous sommes déjà au mois d'octobre.

05.03 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le président, effectivement, ces questions ont été formulées au mois d'août et il y a des évolutions. Monsieur le ministre, nos infrastructures de soins connaissent depuis quelques semaines, une légère augmentation des cas d'infection au Covid-19. Au vu du faible nombre d'infractions graves, la situation sanitaire actuelle ne présente a priori rien d'alarmant. Toutefois, à l'approche de la période hivernale, propice à la propagation d'infections respiratoires, cette période appelle à une certaine vigilance quant à l'évolution de la situation.

Concernant la campagne de vaccination, comment comptez-vous assurer une large couverture parmi les publics à risque, puisque aucune invitation ne sera adressée? Comment expliquez-vous que de moins en moins de personnes âgées se fassent vacciner contre la grippe saisonnière, depuis la pandémie? Comment comptez-vous sensibiliser davantage les publics à risque? Quelles sont actuellement les politiques de prévention face au Covid-19 appliquées par les institutions de soins notamment en ce qui concerne le port du masque? Sont-elles relativement uniformes aujourd'hui?

05.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, je vais donner quelques réponses factuelles à Mme Depoortere.

Op 13 juli van dit jaar werden 436.800 dosissen van het AstraZeneca-vaccin naar het bedrijf gestuurd voor vernietiging. Op 1 augustus werden de volgende hoeveelheden verstuurd voor vernietiging: 24.400 dosissen AstraZeneca, 407.600 dosissen Nuvaxovid-vaccin, 50.100 dosissen Janssen-vaccin, 2.363.100 dosissen Spikevax Original-vaccin en ten slotte 276.150 dosissen Spikevax BA.1-vaccin. De kosten van de eerste vernietiging, die van 13 juli dus, werden berekend samen met de kosten van de vernietiging van andere geneesmiddelen. De kost voor de AstraZeneca-vaccins alleen wordt geschat op 1.091 euro, exclusief btw en inclusief transport. Ik kan u desgewenst de factuur geven. De FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu heeft de factuur voor de tweede vernietiging niet gekregen, maar die kosten werden geschat op 6.500 euro exclusief btw. Vervallen vaccins die in de apotheek zijn ontdooid, moeten worden weggegooid in de gele afvalbak.

De deelstaten zullen instaan voor de operationalisering van de huidige vaccinatiecampagne, waaronder de organisatie en eventuele communicatiecampagnes. Het vaccinatieschema betreft een bijkomende dosis van het aan de omikronvariant XBB.1.5 aangepaste vaccin Comirnaty van BioNTech/Pfizer, dat eind augustus werd goedgekeurd door het EMA. De Hoge Gezondheidsraad beveelt aan om zes maanden ruimte te laten na het laatste vaccin. Andere adviezen en de doelgroepen voor vaccinatie zijn terug te vinden in het advies van de Hoge Gezondheidsraad, dat door de Risk Management Group gevalideerd werd en door de verschillende gewesten wordt gevolgd. De vaccinatiecampagne is recent van start gegaan in de woonzorgcentra volgens de informatie van mijn collega-ministers van Volksgezondheid van de deelstaten. Er is voldoende opslagcapaciteit op -80 °C om de nieuwe vaccins op te bergen.

Met betrekking tot de financiering van de vaccinatiecampagne weet u dat er meningsverschillen bestaan over wie wat daarvan moet bekostigen, maar zoals ik u tijdens het andere debat gezegd heb, staat voor mij de volksgezondheid voorop. Politieke meningsverschillen mogen ons niet verhinderen een vaccinatiecampagne uit te rollen. De armste overheid van dit land, de federale, neemt daarvan een disproportioneel groot deel voor haar rekening, maar we doen dat omdat we vinden dat we de volksgezondheid niet mogen laten wachten.

Mesdames Zanchetta et Fonck, je crois que la situation sanitaire est, comme vous le dites, madame Zanchetta, rassurante. Je vais vous lire un extrait du rapport tout à fait récent que j'ai demandé au président du SPF Santé, le professeur Ramaekers, qui le confirme. Vous ne m'en voudrez pas de vous le lire dans sa langue originale, le néerlandais.

"We verwachten nog steeds vanaf medio oktober een nieuwe covidgolf, maar de wekelijkse cijfers van Respi Radar van Sciensano tonen een bijzonder patroon. Een maand geleden was er gedurende twee consecutieve weken een toename van de concentratie van SARS-CoV-2 in het afvalwater. Iedereen dacht dat een nieuwe golf eraan kwam, maar de laatste twee weken is er weer een daling van de concentraties in het afvalwater. De cijfers van de testen zijn vandaag minder betrouwbaar omdat die testen veel minder systematisch zijn. Het blijft echter ook in de sentinelnetwerken bij de huisartsen en zeker in de ziekenhuizen, waar die netwerken nog in uitbouw zijn, relatief rustig".

Donc, en soi nous avons une bonne nouvelle: on ne voit pas de vague d'augmentation des indicateurs. Mais je crois qu'on ne peut pas en tirer une conclusion définitive. Vous aviez absolument raison, madame Zanchetta, quand vous avez mentionné l'hiver qui arrive. Actuellement le temps est exceptionnellement beau. Si, dans les semaines qui viennent, nous devons avoir des journées plus froides et plus de *crowding*, les infections seraient peut-être en augmentation et l'impact sur les soins de santé et les hôpitaux serait plus grand.

Personnellement, je crois que le moment le plus délicat sera le début de 2024 si la grippe, et peut-être une nouvelle vague, ou vaguelette de covid, ont lieu ensemble. C'est une chose que nous devons essayer d'éviter, mais peut-être que cela ne sera pas possible. C'est la raison pour laquelle il faut absolument mobiliser les gens à se faire vacciner aujourd'hui contre le covid, pour les groupes cibles, et un peu plus tard, contre la grippe. Il faut absolument être bien préparés en termes de vaccination pour un scénario comportant un pic de covid et un pic de grippe au même moment.

La mobilisation est-elle actuellement suffisante? Je ne le crois pas. Il importe que les entités fédérées et les collègues responsables de la santé publique dans les Régions fassent tout ce qu'il faut pour mobiliser les gens et les convaincre qu'il est important de se faire vacciner. Il s'agit des personnes de plus de 65 ans, des femmes enceintes, des personnes qui ont des problèmes d'immunité sous-jacents ou d'autres problèmes de santé qui indiquent la nécessité de se faire vacciner. Comme vous le savez, les groupes cibles pour la vaccination contre le covid et la grippe sont les mêmes. Le message est donc plutôt simple.

La population en général a-t-elle la même volonté de se faire vacciner? J'imagine qu'il y a une certaine fatigue. C'est normal, mais je crois qu'il faut expliquer aux gens qu'un *booster* est absolument essentiel.

En ce qui concerne le port du masque, aucune mesure spécifique n'est actuellement prévue. Évidemment, lorsqu'une personne qui croit être porteuse d'une maladie respiratoire contagieuse doit sortir, le port d'un masque est indiqué pour protéger les gens qu'elle rencontre, mais aucune mesure d'ordre général n'est prévue pour les personnes en bonne santé. Toutefois, nous avons demandé un nouvel avis au Conseil Supérieur de la Santé (CSS) concernant les mesures à prendre, peut-être dans les institutions de soins, en fonction de la situation épidémiologique et des courbes de covid et de grippe dont nous suivons l'évolution.

Il existe un stock stratégique de masques, dont plus de trois millions de masques FFP2. La distribution est opérationnelle. D'ailleurs le marché des masques – tant chirurgicaux que FFP2 et 3 – s'est rétabli. Il n'y a actuellement aucun problème d'approvisionnement dans le secteur.

05.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Het is toch spijtig dat u net een miljoen hebt uitgegeven om die vaccins te verhuizen, om ze dan te moeten vernietigen.

Dan roept u hier: de armste overheid moet het meest betalen. Ik heb er u al vaker op gewezen dat er 234 miljoen in de vuilnisbak is gegooid door uw federaal covidbeleid. En dan klaagt u hier dat u een campagne moet financieren. Dat vind ik toch wel heel bijzonder.

Uiteraard, wanneer alle bevoegdheden inzake volksgezondheid naar de regio's gaan en wanneer ook de financiering van de sociale zekerheid in het Vlaamse beleid kan worden meegenomen, zal alles op het Vlaamse niveau betaald worden. Maar dan zal het wellicht ook met een minder rode begroting zijn. U geeft het geld eerst uit en daarna klaagt u dat u geen geld meer hebt. Dat is echt de omgekeerde wereld, mijnheer de minister.

Wat de campagne zelf betreft, wij zijn vertrokken. Er wordt inderdaad heel goed gevaccineerd. Er wordt

heel goed gewerkt op dit moment. Maar u hebt ooit gezegd dat de vaccins die tien weken ontdooid zijn, in de gele afvalbakken met mRNA-afval opgehaald zullen moeten worden. Dat wordt dan betaald door de deelstaten, neem ik aan.

05.06 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je rappellerai tout d'abord qu'il n'a pas encore été établi que le Covid-19 suivait un rythme hivernal. Du reste, des vaguelettes sont apparues en été. Nous pouvons nous accorder sur le risque plus élevé en cas de conjonction du covid et de la grippe influenza.

Ensuite, je m'étonne que le bulletin hebdomadaire de Sciensano ne soit plus disponible depuis la semaine du 18 au 24 septembre. Il me semble pourtant essentiel que Sciensano mette à disposition les données.

05.07 Frank Vandenbroucke, ministre: Moi, je viens de le recevoir.

05.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Oui, d'accord, mais un autre aurait déjà dû paraître depuis lors. Pendant une semaine, il ne s'est rien passé. J'en suis étonnée. Il y a peut-être eu un *stuut*... En tout cas, je demande que ce bulletin puisse reparaitre, comme ce devrait être normalement le cas.

Par ailleurs, j'insiste sur la nécessité d'accélérer la vaccination. En Wallonie, certains centres n'ouvriront que le 10 novembre. Le 10 novembre! C'est tard, et même très tard! Au sein de la Conférence interministérielle, il serait judicieux qu'avec vos homologues des entités fédérées, vous puissiez accélérer le processus là où il reste au point mort. En outre, monsieur le ministre, je plaide pour qu'au sein des entreprises, des institutions de soins – même si c'est plus facile dans les hôpitaux, en raison de l'abondance des médecins, alors que ce n'est pas le cas en maison de repos et maison de repos et de soins –, on s'organise avec la médecine du travail pour vacciner le personnel soignant, notamment en maison de repos. Ce n'est pas le cas en ce moment. Sur le terrain, je constate que cela ralentit l'adhésion du personnel des soins de santé à la vaccination contre le covid et la grippe.

Enfin, nous attendrons l'avis du Conseil Supérieur de la Santé pour la réintroduction du masque chirurgical dans les institutions de soins. Dans plusieurs hôpitaux, il a été décidé de le reporter au contact des patients, puisqu'ils sont *a priori* fragiles. Cela me semble assez sage. Je serai donc attentive à l'avis du CSS.

05.09 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Pour ce qui est de la vaccination, ma collègue insiste sur l'importance qu'elle soit organisée dans des institutions comme les maisons de repos. S'il n'y a pas d'accessibilité, cela n'encourage pas le personnel à se faire vacciner. Je sais qu'en Wallonie, on vaccine dans les pharmacies. Il est évidemment difficile de dire dans quelle mesure.

Vous avez évoqué le fait qu'il faudra être préparé en cas de pic simultané de covid et de grippe. Je ne manquerai pas de vous réinterroger à ce sujet pour voir de quelle manière on est préparé, surtout quand on sait comment cela se passe actuellement dans les hôpitaux au niveau du personnel, notamment infirmier. Enfin, j'ai bien noté le nombre de masques FFP2 dans le stock stratégique dont vous avez parlé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le contingentement des médecins et dentistes formés dans une université étrangère" (55038330C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'augmentation de médecins étrangers en Belgique" (55038585C)

06 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De contouringering van de aan een buitenlandse universiteit afgestudeerde artsen en tandartsen" (55038330C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toename van het aantal buitenlandse artsen in België" (55038585C)

06.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, vous avez annoncé vouloir agir face à l'importante augmentation du nombre de médecins formés à l'étranger qui travaillent dans notre pays. Votre stratégie serait basée sur un test linguistique.*

Monsieur le ministre, au-delà de l'importance pour le médecin de pouvoir communiquer convenablement avec ses patients, se pose la question de la limitation du nombre de médecins formés dans un pays européen quand on sait que le nombre de nos étudiants qui peuvent entamer des études de Médecine ou de Dentisterie est limité.

Précédemment, lors de nos échanges à ce sujet, vous justifiez votre refus de contourner les médecins formés dans un pays européen par des problèmes de proportionnalité des mesures et du risque de conflit avec les directives européennes, argumentation avec laquelle je n'étais pas d'accord vu les exceptions possibles notamment dans le secteur de la santé.

Monsieur le ministre, quelles seront les modalités de ce « test linguistique » ?

Allez-vous enfin appliquer la loi du 29 mars 2019 modifiant la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, visant à instaurer un contingentement des médecins et des dentistes formés dans une université étrangère ?

A défaut d'appliquer un quota pour les médecins étrangers, comment pouvez-vous encore justifier de limiter drastiquement les jeunes belges à entamer des études de médecine ?

06.02 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le ministre, le nombre de médecins étrangers venant travailler en Belgique ne cesse d'augmenter, il aurait même doublé en 11 ans. Ils seraient aujourd'hui plus de 10.000: c'est le constat rapporté fin août par Het Laatste Nieuws et De Morgen sur base de chiffres de l'OCDE.*

Malheureusement, avec la venue de médecins en provenance de France, des Pays-Bas mais également de pays plus lointains tels que la Roumanie ainsi que d'autres pays d'Europe de l'Est, du Sud et d'Afrique, des problèmes linguistiques se poseraient dans certains de nos hôpitaux.

Vous avez en effet affirmé dans la presse cet été que cette situation avait pour conséquence que certains patients ne pouvaient pas communiquer aisément avec leur médecin, et ce alors que les compétences linguistiques constituent "la base d'une bonne relation de confiance entre le patient et le médecin".

D'où mes questions, monsieur le ministre:

Confirmez-vous que les quotas actuels d'étudiants belges soit une des causes de cette problématique ? Dans l'affirmative, pourquoi les maintenir ? Dans la négative, quelles sont, selon vous, les causes de cet afflux de médecins étrangers ?

Le professeur de médecine familiale Dirk Devroey (VUB) préconise d'augmenter le quota d'étudiants belges en médecine et d'instaurer un test linguistique pour les médecins étrangers. L'association de médecins Domus Medica préconise également une immersion linguistique et un test pour les médecins qui souhaitent travailler en Belgique avec un diplôme étranger. Que pensez-vous de ces recommandations ? Leur mise en place est-elle envisageable dans un avenir proche ? Dans l'affirmative, pour quand peut-on l'espérer ? Dans la négative, pourquoi ?

Interrogé sur la question, vous avez affirmé vouloir "soumettre une proposition concluante" afin d'améliorer la législation existante. Où ce travail en est-il et pour quand peut-on espérer en lire une première mouture?

06.03 Frank Vandembroucke, ministre: Chères collègues, votre première question était: "Quelles seront les modalités de ce test linguistique?" Il s'agit évidemment d'une proposition à développer mais dans mon chef, il s'agit d'appliquer les exigences prévues par la directive 2005/36/CE, qui permet de mettre en œuvre une preuve de connaissance linguistique.

Dans le cadre d'une demande d'établissement en Belgique et indépendamment de la reconnaissance des qualifications professionnelles, le professionnel migrant devra apporter la preuve de la connaissance suffisante d'une langue nationale, à l'instar de nos professionnels nationaux.

Le niveau d'exigence linguistique sera déterminé spécifiquement pour chaque profession de santé. C'est en tout cas mon idée. Je solliciterai les conseils représentatifs de chaque profession pour ce faire. Cette preuve pourra être faite par tous les moyens et attestations. À défaut d'apporter cette preuve, le professionnel migrant se verra refuser l'octroi de son visa. C'est mon idée.

J'espère que je pourrai encore prendre les mesures législatives nécessaires durant cette législature. Évidemment, le temps court, mais j'espère quand même pouvoir prendre des initiatives en la matière.

En ce qui concerne votre deuxième question, les juristes internes du SPF Santé publique ainsi que des consultants extérieurs mandatés pour faire l'analyse de la faisabilité de cette limitation sont arrivés à la même conclusion, à savoir l'inapplicabilité de cette mesure sans subir de recours en infraction des directeurs européens.

Je m'en remets à l'expertise des juristes. Néanmoins, je suis conscient que cette situation n'est pas optimale. Je demanderai à l'organe interfédéral – quand il aura vu le jour – de se pencher sur cette problématique et d'analyser si d'autres solutions sont envisageables.

Enfin, parler de la limitation drastique des jeunes belges pour entamer des études de médecine n'est pas correct. Vous savez que le contingent est passé en dix ans de 1 230 à 2 173.

06.04 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, on sait que la communication entre un médecin et un patient, entre un médecin et d'autres prestataires de soins est évidemment cruciale, y compris pour le volet de la sécurité et de la qualité des soins. Il reste à voir les modalités que vous allez prévoir sur le test linguistique puisque nous sommes en Belgique et qu'il y a trois langues nationales et qu'il faut aussi pouvoir tenir compte de cette réalité.

Je ne peux que continuer à dénoncer haut et fort cette situation – cela fait des années que je le fais – mais je constate quand même une petite amélioration sur le plan politique, comme quoi persister peut aider. Il y a enfin une reconnaissance – parce que les chiffres sont connus et ne datent pas d'aujourd'hui – de l'augmentation majeure du nombre de médecins formés à l'étranger qui travaillent dans notre pays. Ce nombre a doublé en l'espace de onze ans. Ces médecins ne viennent pas que de la France et des Pays-Bas. Les médecins formés en Roumanie, par exemple, sont en nombre comparable à ceux formés en France et aux Pays-Bas avec, pour beaucoup, une connaissance de la langue loin d'être optimale – c'est le moins qu'on puisse dire.

S'y ajoute un paradoxe terrible où l'on discrimine nos jeunes qui sont, eux, limités dans l'accès à l'exercice de la médecine alors que ceux qui viennent d'un pays étranger ne le sont en rien, puisque dès qu'ils ont un diplôme, quel que soit le nombre, ils peuvent s'installer. C'est évidemment complètement paradoxal et inacceptable, cela constitue une discrimination à rebours par rapport à nos jeunes. Je persiste à dire qu'un quota peut être appliqué uniquement pour respecter la directive européenne dans deux secteurs: la santé, pour préserver les enjeux de santé publique, et la sécurité.

Enfin, si le contingentement a augmenté, vous oubliez de dire que, pendant ce temps-là, le nombre de médecins qui partent à la pension a explosé et que les jeunes médecins prestent moins d'heures que les médecins qui partent à la pension. Ce n'est donc pas un renouvellement de 1 pour 1 qu'il faut mais 2, voire 2,5 jeunes médecins pour remplacer un médecin plus âgé qui s'en va. Ce sont évidemment

des moyennes.

Je persiste à dire que les quotas tels qu'ils existent aujourd'hui ne permettent pas de répondre aux défis de santé publique et sont un paradoxe total et inacceptable quand on voit que les médecins formés au niveau de l'Union européenne n'ont aucune restriction – hormis l'obtention de leur diplôme – pour s'installer et exercer dans notre pays.

06.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse même si elle est assez concise à ce stade. On verra ce qu'il en ressort dans les prochaines semaines ou les prochains mois. Je tenais à préciser que si j'ai tenu à vous adresser cette question, ce n'était en aucun cas dans l'objectif de stigmatiser les médecins étrangers. Je pense que leur expertise peut nous être extrêmement utile. Le souci est qu'il y a malgré tout, envers les jeunes étudiants en médecine, une injustice et une incohérence qui doivent pouvoir être corrigées aujourd'hui. Oui, il y a des quotas INAMI qui touchent les étudiants en Belgique là où les médecins étrangers peuvent arriver en Belgique et directement pratiquer la profession. Finalement, vous ne faites que la moitié du chemin qui est attendu de votre part pour corriger cette injustice.

Il est tout à fait positif de pallier l'absence de test linguistique pour les médecins étrangers. D'ailleurs, j'espère, comme vous l'avez assuré, que les organismes représentatifs des professions seront bien consultés à cet égard. Dans le même temps, vous persistez et signez: vous maintenez ces quotas INAMI qui nous privent de médecins parlant nos langues nationales. C'est un système qui pénalise de jeunes Belges.

Vous nous dites que ces quotas ont augmenté entre-temps. Là, je souscris tout à fait à la lecture de ma collègue Fonck qui connaît bien le dossier. Ces quotas, même s'ils ont légèrement augmenté, ne répondent pas aux départs des médecins vieillissants et des patients vieillissants eux aussi. On voit que le besoin de médecins augmente parce qu'on va être confronté à de plus en plus de maladies chroniques. L'augmentation que vous avez décidée ne suit pas les besoins en médecins. Je déplore sincèrement que vous ne fassiez que la moitié du chemin, qui semble d'ailleurs encore très loin d'être concrétisée à ce stade. On sera en tout cas très attentif à ce sujet dans les prochains mois.

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

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De coronavariant Pirola" (55038339C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le variant Pirola du covid" (55038339C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Wetenschappers houden de verschillende coronavarianten die nu circuleren, waaronder de coronavariant Pirola, in het oog. Welke voorbereidingen hebt u voor de herfst gedaan gelet op de voorspelling van een eerste golfje van het coronavirus rond 15 oktober?

De medische snelle antigeentesten bij de apotheek worden niet meer terugbetaald, terwijl we er wel alsmaar meer verkopen en artsen ook vaker vragen om die bij de apotheek aan te kopen. Bent u van plan om bij een nieuwe golf, wanneer er nood aan is, opnieuw te voorzien in de terugbetaling van de snelle antigeentesten in de apotheek? Zo nee, waarom niet?

Hoe groot zijn de voorraden aan Paxlovid en molnupiravir in de groothandels, in de strategische stock en in de ziekenhuizen? Naar verluidt zou er in de ziekenhuizen een grote voorraad van die middelen aanwezig zijn. Wie heeft daarvoor betaald?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het is spijtig dat de vraag al wat achterhaald is. Mijn antwoord is dat om die reden ook, maar toch nog interessant.

Uit de initiële laboratoriumgegevens over de sterk gemuteerde BA.2.86-variant lijkt dat die minder besmettelijk is dan XBB. Hoewel die aan immuniteit ontsnapt, is het minder dan aanvankelijk werd

gevreesd. Het gaat om een factor 2 of 3 in de plaats van de initieel gevreesde factor 10. Andere laboratoriumgegevens bevestigen ook de werkzaamheid van de aangepaste vaccins tegen ernstige infectie door BA.2.86. We hebben ondertussen de vaccinatiecampagnes zien opstarten, georganiseerd door de regio's, met de klemtoon op woonzorgcentra en risicopatiënten. We hebben ook samen met de regio's gewerkt aan een communicatiecampagne over preventiemaatregelen tegen de infectie die leidt tot luchtweginfecties.

De terugbetaling van de door de apothekers uitgevoerde antigeentesten was een tijdelijke regeling om de huisartsen te ontlasten, de piektestcapaciteit te vergroten en toch op voldoende schaal toegankelijke testen aan de bevolking aan te bieden. Die tijdelijke regeling is georganiseerd via een overeenkomst tussen APB en OPHACO enerzijds en het Verzekeringscomité anderzijds. De overeenkomst liep af op 30 juni 2023. Na evaluatie is beslist dat die regeling kon worden beëindigd. Indien in de toekomst een testbeleid opnieuw een opschaling van de testcapaciteit vereist, omdat de druk op de eerste lijn te groot zou worden, bijvoorbeeld door nieuwe varianten met een ernstig ziekterisico, kan natuurlijk worden bekeken of een dergelijke regeling opnieuw nodig is.

Er zijn 18.745 geldige Paxlovidverpakkingen bij Movianto. Het gaat om doosjes met 30 tabletten. Daarnaast zijn er nog 949 vervallen verpakkingen, waarvan de houdbaarheid mogelijk verlengd zal worden na goedkeuring van een variatie door het EMA. Aangezien mijn antwoord opgesteld werd kort na de indiening van uw vraag, ga ik ervan uit dat de gegevens wel actueel zijn, maar vandaag misschien niet helemaal juist meer; ik denk het wel. Er is geen geldige molnupiravirvoorraad meer en het middel wordt ook niet meer gebruikt. De voorraden bevinden zich bij de logistieke partner van de FOD Volksgezondheid, Movianto. De FOD Volksgezondheid heeft die geneesmiddelen betaald.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is positief dat u in de mogelijkheid voorziet om, indien nodig, opnieuw snel te schakelen wat de terugbetaling betreft van de antigeentesten die door de apothekers worden uitgevoerd. Apothekers hebben een belangrijke rol gespeeld om de huisartsen te ontlasten.

Uw antwoord met betrekking tot molnupiravir verbaast me enigszins. Ik heb immers vernomen dat een aantal ziekenhuizen een voorraad heeft gekocht op aanraden van de FOD Volksgezondheid. Die voorraden zijn betaald, maar het middel wordt niet meer gebruikt. Het gaat daarbij om aanzienlijke bedragen.

Misschien moet er eens worden bekeken hoe groot de voorraden zijn. U hebt alleen aangegeven hoe groot de strategische stock is en hoe groot de verliezen in dat kader waren voor de ziekenhuizen.

07.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mijn medewerkster meldt mij net dat mijn antwoord vrij recent is, namelijk van 25 september, dus ook wat de geldige molnupiravirvoorraad betreft. Ik had het in mijn antwoord over onze voorraden, betaald door de FOD. Mocht u aanwijzingen hebben dat er bijkomende problemen zijn wat dat betreft voor de ziekenhuizen, bezorgt u mij dan zeker voldoende gegevens daarover.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De drugsepidemie in Brussel" (55038340C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zombiedrug" (55038363C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gezondheidsproblemen in en rond het station van Brussel-Zuid" (55038502C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De drugsproblematiek in Brussel-Zuid" (55038754C)
- Marie-Christine Marghem aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zombiedrug" (55038934C)

08 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'épidémie de drogue à Bruxelles" (55038340C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La drogue "zombie"" (55038363C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les problèmes sanitaires à la gare de Bruxelles-Midi et aux alentours" (55038502C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le problème de la drogue à Bruxelles-Midi" (55038754C)
- Marie-Christine Marghem à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La drogue du zombie" (55038934C)

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, afgelopen zomer kwam de hoofdstad herhaaldelijk in het nieuws door de drugsoverlast. Verslaafden gebruiken in de openbare ruimte en de crackpijpjes en gebruikte spuiten slingeren rond. De regering besliste daarom de nationale veiligheidsceel bijeen te roepen om de situatie aan te pakken.

Naast het bestuurlijke aspect van de problematiek is het uiteraard ook noodzakelijk om gezondheidsmatig in te grijpen en de gebruikers te begeleiden naar ontwenning. Verslaving aan crack is zeer hardnekkig. Dat pakt men niet zomaar aan. Bovendien gaat het in vele gevallen over patiënten met een multidruggebruik, die dus verschillende substanties nemen.

Brussel telt naar schatting 7.000 daklozen. Bij zowat 20 % van hen stellen hulpverleners een verslaving vast. Wat is uw actieplan om die personen als patiënt te begeleiden naar ontwenning? Beschikt u over voldoende hulpverleners en behandelplaatsen? In welke therapeutische begeleiding voorziet u specifiek voor personen die kampen met een crackverslaving?

In de Verenigde Staten heerst op het moment ook een tranqplaag. Tranq is eigenlijk een verzamelnaam voor zombiedrugs, vaak op basis van xylazine die vermengd wordt met fentanyl. De drug is goedkoop, verstart de gebruiker en geeft aanleiding tot diepe wonden. Hulpverleners beschikken nog niet over een antidotum waardoor heel wat gebruikers overlijden aan een overdosis.

Hebt u zicht op het gebruik van de drug in Brussel? Zult u hiervoor een toekomstplan uitstippelen? Jammer genoeg is een drugsepidemie in de Verenigde Staten immers vaak een voorbode voor een bij ons.

08.02 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, cette fameuse "drogue zombie" – qui en pratique contient de la xylazine, un anesthésiant très puissant utilisé en médecine vétérinaire – est maintenant un véritable fléau aux États-Unis et a fait son entrée en Europe. On peut véritablement parler d'une épidémie et d'un danger majeur en matière de santé publique car elle a fait 107 000 morts aux États-Unis sur l'année 2022. Au-delà des très nombreux décès qu'elle a entraînés, on sait que cette drogue, ce produit anesthésiant a un impact cardiaque et pulmonaire majeur assez rapide et peut entraîner des plaies profondes voire l'amputation. Par ailleurs, il n'y a pas d'antidote en cas d'overdose.

Des cas ont été signalés en Belgique. La drogue a effectivement été identifiée à plusieurs reprises. Je souhaiterais dès lors, monsieur le ministre, faire l'état des lieux de la situation en Belgique d'abord par rapport à la surveillance. Cela ne nécessiterait-il pas une surveillance particulière? Les différentes

instances sont-elles suffisamment formées tant sur le volet de la surveillance mais également, notamment du côté des autorités y compris la police, etc., en termes de protocole pour tester et identifier la xylazine? Qu'en est-il des entrées de cette drogue dans le pays, que ce soit sur le marché noir, via l'accès en ligne qui semble manifestement assez simple ou éventuellement – je ne sais pas s'il y en a actuellement – via des ventes parallèles étant donné qu'il s'agit d'un anesthésiant vendu en médecine vétérinaire? Tous ces éléments me semblent importants et des actions peuvent être menées. Est-ce le cas? Est-ce prévu? En avez-vous déjà parlé en Conférence interministérielle? Enfin, n'est-il pas fondamental, compte tenu des risques, de cette toxicité extrêmement sévère et de l'absence d'antidote à ce jour en cas d'overdose, d'avoir une information vers les citoyens sur les risques extrêmement élevés, que ce soit par le biais de la proximité de terrain, notamment des associations, ou via les réseaux sociaux?

08.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag.

De situatie in Brussel-Zuid is niet meer onder controle. Na een wanhopige open brief van de NMBS-CEO werd op 26 augustus 2023 een grote politieactie uitgevoerd. Veel was hiervan de dagen erna niet meer te merken, en het station wordt ondertussen weer bevolkt door daklozen, sans-papiers en drugsverslaafden. Er is dus een plan van aanpak nodig in plaats van deze steekvlampolitiek die meer weg heeft van een communicatiestunt. Het nationaal crisiscentrum zal nu zorgen voor een coördinerende rol omdat het aantal betrokken overheden en partners zo groot is. Een deel van de problematiek vindt zijn oorzaak in het druggebruik, dus ook wat betreft volksgezondheid is een plan van aanpak noodzakelijk.

Welke gezondheidsproblemen en welke gezondheidsrisico's werden vastgesteld in en rond het station van Brussel-Zuid?

Het Nationaal Crisiscentrum zal de samenwerking tussen alle diensten en politieke niveaus coördineren. Over welke diensten en niveaus die betrekking hebben op volksgezondheid gaat het hier? Wat is de federale verantwoordelijkheid op het vlak van volksgezondheid?

Welke stappen worden ondernomen om tot een betere bevoegdheidsverdeling te komen op vlak van volksgezondheid?

Tot vandaag zagen we enkel symptoombestrijding. Wat is het plan van aanpak dat de gezondheidsproblematiek echt zal aanpakken?

Burgemeester Close stelde op radio 1 dat medische hulp aan verslaafden moet geboden worden. Hiervoor wil hij een project opzetten met de politie en het Brugmann-ziekenhuis. Close vindt dus dat de gezondheidszorg tekort schiet. Wat wordt vandaag gedaan om de drugsverslaafden te helpen? Zal u meewerken aan dit project? Hoe kijkt u hiernaar?

08.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag.

De omgeving van het Brusselse Zuidstation wordt geteisterd door een heuse drugsplaag. Gebruikers liggen op de grond en leven op straat. Als we de berichtgeving volgen, blijkt dat crack één van de meest gebruikte drugs is in deze regio van de hoofdstad. Ook heroïnomanen vertoeven in de openbare ruimte en veroorzaken overlast. De stad Brussel beschikt over een gebruikersruimte en is van plan er een tweede te openen. Uw collega Pierre-Yves Dermagne gaf in een interview aan dat het legaliseren van cannabis één van de prioriteiten is voor zijn partij. Uw collega en partijgenoot, schepen van jeugd in Antwerpen, gaf eerder al aan voorstander te zijn van het legaliseren van cocaïne.

Kan u mij het regeringsstandpunt rond het legaliseren van cannabis op vandaag meedelen? Zal u binnen Vivaldi pleiten voor een nieuw wettelijk kader waarin het gebruik, bezit, de teelt en de verkoop van cannabis legaal worden?

In Brussel leven duizenden verslaafden. Hoe zal u, als minister van volksgezondheid, inzetten op de ontwenning van deze mensen?

In de Verenigde Staten heerst momenteel een rage van zogenaamde zombiedrugs, goedkope designerdrugs die zeer verslavend zijn. In hoeverre monitort u het gebruik van dergelijke drugs op basis van xylazine in ons land? Wordt er ook hier melding gemaakt van een rage?

De correlatie tussen het gebruik van verdovende middelen en mentale gezondheidsproblemen werd meermaals beschreven in de wetenschappelijke literatuur. In hoeverre houdt u daar rekening mee in

uw beleid? Kan u mij aantonen welke concrete maatregelen u in dit kader neemt?

U zette in op high intensive care units voor geestelijke gezondheidszorg. Drugsproblematiek zorgt voor een belasting van deze units, maar ook van de reguliere spoeddienst. Welke concrete stappen nam u naar aanleiding van de problematiek in Brussel Zuid om de verslaafden de nodige zorg te garanderen?

08.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: De vele daklozen in Brussel en de daaraan verbonden verslavingsproblematiek is een belangrijk probleem en het is een grote verantwoordelijkheid. De opvang en de behandeling van deze mensen is deels een federale bevoegdheid en deels een gemeenschapsbevoegdheid. Laagdrempelige hulpverlening voor daklozen valt onder de bevoegdheid van de gemeenschappen. Dat gaat dan om medisch-sociale opvangcentra, crisiscentra en dagcentra. Op het vlak van de ziekenhuiszorg kunnen die mensen indien nodig uiteraard ook terecht in de Brusselse ziekenhuizen. We financieren onder meer CHU Brugmann in Brussel al jaren voor de opvang van personen in crisis wegens middelengebruik. Ook de mobiele teams die we hebben in het kader van de geestelijke gezondheidszorg kunnen hierin tussenkomen.

Ik ben op dit ogenblik al een tijdje in overleg met collega's van de betrokken regeringen om te kijken of we met het oog op het enorme probleem in Brussel nog verder zeer specifieke initiatieven kunnen nemen binnen onze federale bevoegdheden, in samenwerking met de lokale verantwoordelijken.

Wat de therapeutische begeleiding betreft, kan ik alleen maar zeggen dat het aan de zorgprofessional is om te kijken welke therapeutische begeleiding nodig is. Vaak is de allereerste nood opvang, een dak boven het hoofd. Dat sluit niet uit dat er nog een heleboel andere problemen aangepakt moeten worden, maar daarover heb ik het net al gehad.

Wat tranq betreft zijn er op dit moment geen bevestigde gevallen van misbruik of illegale verdeling van xylazine in België. Noch in de rapporteringen via inbeslagnames of in politieverband, noch in de ziekenhuizen is de drug al aangetroffen. Dat is actuele, officiële informatie. Hout vasthouden dat dit zo blijft.

Ik zou wel willen zeggen dat de huidige Belgische drugsmarkt en epidemiologische situatie niet te vergelijken vallen met die de Verenigde Staten. Gelukkig – opnieuw hout vasthouden – is de fentanylcrisis tot op heden niet overgewaaid naar Europese landen.

Er zijn dus geen indicaties dat die grote tranqproblematiek bij ons zal opduiken. Onze monitoringinstanties en lokale preventie- en schadebeperkende initiatieven verhogen nu echter wel de aandacht daarvoor. Er wordt nauwer op toegekeken of die toch zou opduiken. Zo werkt Sciensano bijvoorbeeld samen met de gerechtelijke en ziekenhuislabo's om een snelle detectie van deze drug te kunnen garanderen.

Wat betreft de vragen van mevrouw Sneppe, ik wil aan het voorgaande toevoegen dat de situatie in en rond Brussel-Zuid werd besproken tijdens de Risk Management Group, onder meer op 7 september. Als we specifieke gezondheidsproblemen zien, hebben die vaak te maken met drugsgebruik. Dat wordt ook opgevolgd door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel. Er is in deze groep ook een risico op transmissie van dermatologische infecties, zoals *corynebacterium diphtheriae* en schurft. Verder leveren de bevoegde overheden ook inspanningen om de vaccinatiegraad bij de daklozen en asielzoekers te verhogen. Er wordt dus veel gedaan. Ik heb aan de RMG gevraagd om dat vanuit hun bevoegdheid heel goed te bekijken en op te volgen.

U stelde een vraag over het Nationaal Crisiscentrum. Ik denk dat die door minister Verlinden moet worden beantwoord.

U vraagt wat de federale verantwoordelijkheid is op het vlak van volksgezondheid. Het federale niveau is bevoegd voor dringende geneeskundige hulpverlening. Wij hebben bij elke 112-oproep hulp geboden, zoals wij dat ook moeten doen. Daarnaast is de belangrijke investering die we doen in geestelijke gezondheidszorg een stuk van het antwoord op dit probleem.

U vraagt wat we doen om de bevoegdheidsverdeling te verbeteren. Ik werk met de bestaande bevoegdheidsverdeling, wat we daarover ook kunnen denken, maar daarbinnen probeer ik maximaal samen te werken met mijn collega's door te overleggen en samen acties te ondernemen.

U zegt alleen symptoombestrijding te zien. Ik ben het daar deels mee eens. We hebben een crisissituatie die we zo goed mogelijk proberen aan te pakken, net als de crisissituaties in hoofde van individuele mensen op straat. De GGC is gesprekken gestart met verschillende instanties die ter plaatse werken om betere oplossingen te zoeken, in eerste instantie voor de daklozen en voor het drugsgebruik in de buurt van het station Brussel-Zuid.

U verwijst ook naar burgemeester Close. Wij moeten ervoor zorgen – ik denk dat hij dat ook vindt – dat men bij een crisissituatie op straat altijd kan reageren met een toeleiding naar de gepaste zorg. Er is heel wat aanbod van zorg en er gebeurt al heel wat waardevol en belangrijk werk door sociale werkers en zorgprofessionals, maar er is een beetje een gebrek aan coördinatie tussen de verschillende instanties. Daar probeer ik op dit moment prioritair werk van te maken. Wij hebben het project van CHU Brugmann al kunnen bespreken. Dat is een ambitieus project, maar ik sta er absoluut voor open. Wij zijn aan het bekijken of wij het in synergie met of in uitbreiding van bestaande federale projecten kunnen inkantelen in het bredere beleid inzake geestelijke gezondheidszorg dat ik voer.

Ik kom terug bij mevrouw Depoorter. U vraagt naar het regeringsstandpunt over het legaliseren van cannabis. Er is geen regeringsstandpunt dat zegt dat cannabis moet worden gelegaliseerd. Wij nemen ons natuurlijk wel voor om een wetenschappelijk goed onderbouwde visie te ontwikkelen met betrekking tot het drugsbeleid in het algemeen, maar op dit moment gaat de hoofdaandacht van de Algemene Cel Drugsbeleid eerlijk gezegd uit naar het alcoholplan, het tabaksplan, de aanpassing van de drugswet in het kader van de druggebruiksruimtes en het verbod op lachgas. Daar zijn wij op dit moment iets acuter mee bezig dan met het debat over de toekomst van het cannabisbeleid.

Wat uw tweede vraag betreft, in die toegevoegde vraag ken ik de bron van het cijfer niet. De drugsproblematiek is natuurlijk heel sterk aanwezig in Brussel. Wij financieren in mijn bevoegdheden al meer dan 15 jaar crisiseenheden in de ziekenhuizen die mensen met dergelijke problemen kunnen opvangen. Ook mobiele teams in het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg zijn operationeel in Brussel.

Daarnaast zijn er ngo's die werken in onder andere Brussel met deze zeer kwetsbare groepen. Die hebben we extra middelen gegeven om specifiek rond de drugsproblematiek te kunnen werken. Ik denk dan aan Dokters van de Wereld, straatverpleegkundigen, de Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding (VRGT) enzovoort. We hebben die extra ondersteund om naar die groep toe wat meer expertise te hebben. De gespecialiseerde verslavingszorg en de sector die daarvoor instaat, behoren tot de bevoegdheid van de deelstaten.

Wat betreft uw derde bijkomende vraag, Sciensano volgt via het *early warning system* de veranderingen in de Belgische drugsmarkt nauwgezet op. Sciensano werkt daarvoor samen met gerechtelijke en ziekenhuislabo's om de snelle detectie van drugsfenomenen te verzekeren. Er zijn nu geen bevestigde gevallen door de politie, de douane, het gerecht of de ziekenhuizen van xylazine. De aandacht ervoor is wel verhoogd. Nederland, Frankrijk en Duitsland bevestigen overigens ook de afwezigheid van xylazine in hun land.

De verhouding tussen psychoactieve stoffen en de mentale gezondheid is het voorwerp geweest van veel studies. De resultaten zijn genuanceerd maar belangrijk genoeg om er aandacht voor te hebben. Ze zijn ook een signaal voor zorgverleners om dat zeer goed in het oog te houden en de gepaste maatregelen te nemen.

Een heel specifieke problematiek die ons echt moet bezighouden, is die van de dubbele diagnose, met enerzijds een psychiatrische aandoening, zoals een psychose of een persoonlijkheidsstoornis, en anderzijds een probleem met het gebruik van psychoactieve stoffen, zoals drugs. Men moet dat samen aanpakken en niet afzonderlijk. Dat vraagt toch wel de juiste expertise. Daarom financieren wij specifieke ziekenhuiseenheden voor dubbele diagnose in Luik en Sleidinge. Het lijkt ook een groeiend fenomeen te zijn, overal in Europa zien wij meer dubbele diagnose. Mijn Spaanse collega's werken aan Raadsconclusies voor Europa (Spanje is nu voorzitter van de EU). Daarin wordt onder meer sterk benadrukt dat wij hiertegen geïntegreerd moeten optreden. Ik steun dat. Wij kunnen leren van andere landen.

Dan kom ik aan uw laatste bijkomende vraag, over de *high and intensive care units*. Die hebben geen exclusiecriteria, met uitzondering van GHB-verslaving, waarvoor somatische zorg nodig is. Het is dus

normaal dat de HIC's vragen krijgen inzake verslaving. Gelet op hun HIC-werking is een goede aansluiting met de verslavingszorg van de deelstaten heel belangrijk. Verder heb ik reeds gesproken over de initiatieven die ik neem, maar dat wilde ik nog even toevoegen met betrekking tot de HIC's.

08.06 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben het met u eens dat die dubbele diagnose echt een aandachtspunt is waar we vooral op moeten inzetten. Ik heb u al vaker gevraagd of u openstaat voor een subspecialisatie verslavingsarts.

Essentieel in de zorg voor een verslaafde patiënt is dat men de verslaving aanpakt, niet het product. Ongeacht of de psychiatrische aandoening voor of na het gebruik kwam – dat is vaak een wetenschappelijke discussie –, de link bestaat. Die link is bewezen en is veel minder genuanceerd dan u het hier nu brengt. Daarom moeten we op verslavingszorg inzetten en daarin moeten zowel artsen als thuisverpleegkundigen zich specialiseren.

08.07 Minister Frank Vandenbroucke: Voor alle duidelijkheid, ik nuanceer het belang van het probleem niet. Ik heb gezegd dat het complex is, een ingewikkelde kwestie.

08.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Het is complex, maar ter linkerzijde nuanceert men het nogal graag.

08.09 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, toch niet.

08.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik verwijs naar het volgende luik van uw antwoord, waar u zegt dat er geen regeringsstandpunt is over de legalisering van cannabis. Nochtans heb ik een interview gelezen waarin een vicepremier van uw regering heel duidelijk zegt dat de legalisering van cannabis gelinkt is aan de gezondheidszorg en de veiligheid en prioritair moet zijn voor de vivaldiregering. Ook heb ik een statement gelezen van uw partijgenote, waarnaar ik al een paar keer heb verwezen, die zelfs verder wil gaan en ook cocaïne wil legaliseren.

08.11 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is absoluut mijn standpunt niet.

08.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Dan zult u toch eens moeten praten met de mensen binnen uw partij. Het is van essentieel belang, wil men verslavingszorg aanpakken, dat er een duidelijk regeringsstandpunt is over het al dan niet legaliseren van dergelijke psychoactieve stoffen, die een bewezen link – voor of na, dat laat ik in het midden – met het mentale welzijn hebben. Het is essentieel dat de regering daarover kleur bekent, een visie ontwikkelt en samen met de zorgactoren een behandelingsplan opstelt.

U hebt inderdaad in crisiscellen geïnvesteerd, alsook in de *high intensive care units*, maar wij weten allemaal dat dit op het terrein niet voldoende is. De verslavingsgolf die onze maatschappij overspoelt, is te groot. We hebben nu de gevolgen gezien in Brussel-Zuid, maar we zien ze iedere dag op de spoedafdelingen. We moeten daar echt op inzetten.

Wat het *early warning system* betreft, zegt u dat er nog geen xylazine gerapporteerd is. Ik mag het hopen, maar jammer genoeg leren de feiten en de geschiedenis ons dat zoiets dan meestal wel komt. Wat we vandaag lezen, dat stellen we morgen vast. Het is dus beter daar al preventief op in te zetten.

08.13 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, nous avons fait une grande question sur les drogues, alors que j'avais des questions très ciblées et très spécifiques sur la drogue du zombie, la xylazine.

Vous me dites qu'officiellement, il n'y a pas de xylazine qui circule en Belgique. J'en déduis qu'il n'y a pas eu de surdosage ou de décès. Mais si je me réfère quand même à un toxicologue de référence, Jan Tytgat de la KU Leuven, il exprime clairement qu'il y a de la xylazine qui circule régulièrement et qu'il l'observe dans des analyses effectuées en Belgique.

Quand je vous entends dire qu'il n'y en a pas, cela pose la question d'une surveillance qui soit

suffisamment alerte, précoce et efficace. C'est une substance qui est excessivement dangereuse, contre laquelle il n'existe aujourd'hui pas d'antidote en cas d'overdose.

Ne faudrait-il pas assurer une surveillance de façon beaucoup plus étroite? Y compris, peut-être, au-delà des circuits de marché noir des drogues, avec une surveillance de la distribution de ce médicament au niveau vétérinaire pour dépister toute augmentation de vente inexplicée venant des firmes pharmaceutiques. Je ne dis pas qu'elles participent au système, mais qu'un trafic puisse être identifié.

Il faudrait aussi permettre à nos autorités, et également à la police, de tester et pouvoir identifier la xylazine. C'est un nouveau produit. Pour ces nouveaux produits, le risque est toujours de s'en rendre compte quand il est malheureusement déjà largement répandu. J'insiste vraiment pour que nous ayons des mesures pour permettre un système d'alerte précoce et efficace afin de pouvoir l'identifier, au cas où, le plus rapidement possible.

08.14 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. U spreekt over de aanpak van een crisissituatie, maar eigenlijk is de situatie aan het station van Brussel-Zuid niet echt een crisis in de zin van een acuut probleem. Het is een chronisch probleem. Voor chronische problemen geldt een crisisaanpak niet, voor chronische problemen moet er een structurele oplossing komen.

Er moet een structurele oplossing komen voor de drugsproblematiek, voor de illegale gelukzoekers die daar rondhangen, voor de gezondheidselementen. Als u enkel aan symptoombehandeling doet, is het net alsof men een pleister kleeft op een etterende wonde. Dan is de wonde niet meer zichtbaar, maar ze blijft wel etteren. Eigenlijk zien we nu dezelfde situatie aan het Zuidstation en aan het Noordstation.

In de commissie voor Binnenlandse Zaken zei collega Verherstraeten dat iedereen bevoegd was en iedereen verantwoordelijk, maar helaas heeft de versnippering in dit land ervoor gezorgd dat niemand bevoegd en niemand verantwoordelijk is. Iedereen wijst naar elkaar en dus gebeurt er niets.

Het is een etterende wonde die opengebarsten is door het protest van de buurtbewoners en door de media die dit opgevangen en gekanaliseerd hebben. Voor Vlaams Belang is het echter duidelijk dat de politiek hier andermaal gefaald heeft en blijft falen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Le **président**: Les questions n° 55038343C de M. Robby De Caluwé et n° 55039104C de Mme Gitta Vanpeborgh sont reportées.

09 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afname en behandeling van transfusiebloed door basisverpleegkundigen" (55038352C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitvoering van verpleegtechnische handelingen door een basisverpleegkundige" (55038595C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verpleegkundige handelingen die een basisverpleegkundige mag stellen" (55038978C)

09 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le prélèvement et le traitement de sang de transfusion par les infirmiers de base" (55038352C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'exécution de prestations techniques de l'art infirmier par un assistant en soins infirmiers" (55038595C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les actes infirmiers que peuvent accomplir les assistants en soins infirmiers" (55038978C)

09.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik had inderdaad twee vragen ingediend over de basisverpleegkundigen. Ik zal proberen ze te bundelen.

Mijnheer de minister, de studenten die dit academiejaar begonnen zijn aan de opleiding tot basisverpleegkundige zullen vanaf 2026 afstuderen. Dat brengt ook een verschuiving van het

takenpakket met zich mee. De Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde zouden een advies uitbrengen over dat nieuwe takenpakket. Op de werkvloer heerst nogal wat onduidelijkheid over de handelingen die een basisverpleegkundige zal kunnen stellen.

Klopt het dat bepaalde handelingen die nu worden opgenomen door HBO5-verpleegkundigen worden geschrapt voor de basisverpleegkundigen? Welke impact zal dat hebben op de werkvloer? Is dat besproken met het werkveld? Met wie is dat besproken? Wat is de reactie van het werkveld?

Welk advies inzake de verpleegtechnische handelingen door de basisverpleegkundige werd door de Federale Raad voor Verpleegkunde en de Technische Commissie voor Verpleegkunde afgeleverd?

Verwacht u een lagere instroom voor de opleiding basisverpleegkunde? Is daar zicht op? Kunt u dat toelichten?

Wanneer wordt het koninklijk besluit dat de technische handelingen omschrijft uitgevaardigd?

Mijnheer de minister, ik heb nog een meer specifieke vraag. Ze gaat over de mogelijkheid of de bekwaamheid die eventueel zou worden weggenomen bij de basisverpleegkundige om transfusiebloed af te nemen en te behandelen. Het Rode Kruis was daarover nogal ongerust. Het is namelijk bang dat er desgevallend niet genoeg verpleegkundigen ter beschikking zullen zijn om bij bloedcollectes bloed af te nemen.

Klopt het dat basisverpleegkundigen geen bloed meer zullen mogen afnemen bij bloedcollectes? Is er daarover overlegd met de bloedtransfusiecentra? Werd daarvan een impactanalyse of een inschatting gemaakt? Op welke manier wilt u deze problematiek oplossen, die er volgens mij is als het klopt dat de basisverpleegkundigen dat niet meer kunnen doen?

09.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

De wet van 28 juni 2023 schreef de basisverpleegkundige in in de gecoördineerde wet van 15 mei 2015. Nu wordt gewerkt aan een koninklijk besluit om de verpleegkundige handelingen vast te stellen die de basisverpleegkundige mag stellen. Die lijst van handelingen in dat KB baart zorgen.

Het Rode Kruis dat in de komende 10 jaar 50 % van zijn verpleegkundigen zal moet vervangen vreest onvoldoende verpleegkundigen te vinden. Reden daarvoor is dat het KB bepaalt dat "de afname en behandeling van transfusiebloed en van bloedderivaten niet meer tot de bevoegdheid zal behoren van de basisverpleegkundige (vanaf 2026)". Onvoldoende verpleegkundigen betekent ook dat de garantie op voldoende bloed mogelijks niet meer kan gegeven worden.

Het Rode Kruis wijst er voor die beperking geen reden is. De verpleegkundigen krijgen de techniciteit van bloedafname aangeleerd via een gevalideerd opleidingstraject, ze werken binnen een team nadat een arts de donor heeft onderzocht. De verpleegkundigen werken ook met gezonde donoren en ze nemen enkel bloed af, ze dienen er geen toe.

Graag vernam ik van de minister:

1. Hoe verklaart de minister dat basisverpleegkundigen niet langer bloed mogen afnemen ondanks het feit dat zij daarvoor een aparte gevalideerde opleiding krijgen?

2. Het Rode Kruis betreurt dat bij de opstelling van het KB geen overleg met hen werd gepleegd. Waarom werd niet overlegd met hen?

3. Waarom blijft de minister halsstarrig werken met lijstjes van handelingen ipv te werken met het principe "bevoegd is bekwaam" waardoor basisverpleegkundigen mits een specifieke opleidingen ook voor meer specifieke verpleegkundige handelingen kunnen worden ingezet?

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik begin met een aantal zaken die bekend zijn. De basisverpleegkundige is een nieuwe functie in de verpleegkunde. Het is vanzelfsprekend dat bij een nieuwe functie ook een profiel hoort dat enigszins verschilt van wat wij nu verpleegkundige verantwoordelijk voor algemene zorg noemen. Het koninklijk besluit ligt momenteel voor ter publicatie

in het Belgisch Staatsblad. Na publicatie komt er formeel de nodige duidelijkheid.

Toen het profiel van basisverpleegkundige werd uitgewerkt, hebben wij erover gewaakt dat die persoon breed inzetbaar zou zijn en dat in de minder complexe situaties de basisverpleegkundige in volle autonomie zou kunnen werken. Ook de handelingen die nodig zijn om vlot aan de slag te kunnen gaan in onder meer de thuiszorg, de woonzorgcentra en de algemene diensten van de ziekenhuizen, moet hij of zij kunnen stellen. In meer complexe situaties kan ook samenwerking gebeuren met de arts. Op dat moment is er wel een andere organisatie van de zorg nodig.

Er is het profiel en er is de lijst met handelingen. De lijst met handelingen is opgemaakt vertrekkende van het advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde van 12 januari 2023. De grondslag van dat advies was een eerdere bevraging in de brede sector die dateert van 2018 en discussies binnen de werkgroep van de Technische Commissie voor Verpleegkunde waarin ook inbreng was van specialisten in deze materie. Die lijst werd vervolgens verder aangepast met inbreng van experts, waarbij als uitgangspunt werd genomen dat men de kwaliteit van de zorg natuurlijk moet kunnen garanderen, maar dat men het ook haalbaar moet maken op het terrein.

Het ontwerp van besluit werd besproken met het werkveld en ook met de gemeenschappen. Het ontwerp van besluit werd ook publiek gemaakt, met het oog op de evenredigheidsbeoordeling. Dit heeft tot allerlei reacties geleid, met meningen die natuurlijk nogal uiteenlopend waren.

De gemeenschappen kunnen nu aan de slag met de herinrichting van de brugopleidingen opdat de overstap van een basisverpleegkundige naar de functie verpleegkundige, verantwoordelijk voor algemene zorg, een haalbare kaart zou zijn, voor wie dit wenst. Bovendien is er een veel bredere en meer fundamentele hervorming van het verpleegkundig beroep in de steigers gezet. Die bredere hervorming moet ons helpen meer kandidaten aan te trekken voor het beroep van verpleegkundige, verantwoordelijk voor algemene zorg.

Wij maken in dit verband werk van een kader voor de verwerving van bijkomende bevoegdheden via het concept 'gestructureerd zorgteam'. In een gestructureerd zorgteam zou eigenlijk een grote, maar goed georganiseerde flexibiliteit mogelijk moeten zijn, wat de delegatie van de taken betreft. Maar natuurlijk moeten er absolute garanties zijn voor de kwaliteit.

U weet dat voor de huidige mensen met een diploma HBO5, of de mensen die nu aan het afstuderen zijn, er niets verandert. Dat is wel een eerste belangrijk gegeven, ook voor de Rode Kruiscentra. Het is voor de toekomstige basisverpleegkundigen, diegenen die nu aan hun studie begonnen zijn en die vanaf juni 2026 zullen afstuderen, dat er iets verandert. De huidige HBO5-verpleegkundigen blijven verpleegkunde uitoefenen zoals voorheen en hebben verworven rechten.

Dan kom ik op de problematiek die aangekaart wordt door het Rode Kruis. De beslissing omtrent transfusiebloed werd genomen op basis van het advies van de Technische Commissie voor Verpleegkunde, waar de lijst werd vastgelegd op basis van het competentieprofiel.

In transfusiecentra praten we niet alleen over bloedafname, maar ook over de behandeling van transfusiebloed en bloedderivaten. De steeds stijgende kwaliteitsnormen en technische ontwikkelingen in de transfusiecentra vereisen voor de verdere verwerking en behandeling een meer theoretische basis en competentie dan de opleiding van de basisverpleegkundige in de toekomst zal inhouden.

Het blijven voldoen aan de uitgebreide eigen wetgeving en steeds meer doorgedreven kwaliteitseisen in een procedure, vereist in de toekomst uitgediepte competenties. Daarom werd deze handeling voorbehouden aan verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Die zijn opgeleid op een manier die hen in staat stelt om dit soort van kwaliteitsniveau te bereiken.

Ik wil nogmaals beklemtonen dat de bloedafname onmiddellijk door specifieke behandelingen wordt gevolgd, die bijkomende competenties vragen. Men kan dat niet zo gemakkelijk van elkaar onderscheiden.

Ik ga nu toch de adviesorganen voor verpleegkunde opnieuw bevragen om te onderzoeken of de transfusiebloedafname van de behandeling van transfusiebloed en van bloedderivaten kan worden gescheiden. Daarnaast bekijken we of de afname van transfusiebloed in het verhaal van de

gestructureerde equipe kan worden meegenomen. Dat moet het mogelijk maken om bijkomende competenties in een gestructureerde equipe te verwerven, waardoor men in een equipe meer kansen krijgt om ook de toekomstige basisverpleegkundigen dit werk te laten doen.

Voor alle duidelijkheid, het concept 'gestructureerde equipe' moet ik nog in de wet laten inschrijven. Ik reken op uw medewerking daarvoor als dat hier zal voorliggen. Wat dat in de praktijk betekent voor een bloeddonatiecentrum van het Rode Kruis, moeten we nog bekijken. Dat wordt ook verder met het Rode Kruis besproken.

Cijfers over de instroom moet u vragen aan de ministers van Onderwijs. Ik hoop natuurlijk dat ondanks bezorgdheden die ontstaan zijn – en die ik begrijp – omtrent de HBO5-opleidingen, er een nieuwe dynamiek ontstaat, want wij zijn die mooie opleidingen een mooie toekomst aan het geven.

09.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik sta volledig achter het principe van de leerladder. Nu heerst echter vooral de indruk dat het beroep van verpleegkundige, in het geval van de basisverpleegkundige, wat wordt uitgekleed. Wij moeten erover waken dat het een voldoende aantrekkelijk beroep blijft, dat er voldoende uitdagingen te vinden zijn.

Ik mis in uw antwoord – maar ik denk dat ik er al eerder naar gevraagd heb – iets over die impactanalyse. Wat is de impact als er binnenkort verpleegkundigen zijn die een ander soort opleiding hebben en die inderdaad ook minder taken kunnen uitvoeren? Welke invloed heeft dat? Welke impact heeft dat op de werkvloer? Ik vind het essentieel bij zo'n grote hervorming dat men ook onderzoekt welke impact dat uiteindelijk op het terrein zal hebben. Ik vind dat, ook in het kader van de veiligheid van de zorg en de volksgezondheid, bijzonder belangrijk.

Het Rode Kruis reageerde inderdaad hevig toen het ontdekte dat er geen mogelijkheid meer zou zijn voor de basisverpleegkundigen om bloed af te nemen en te behandelen. Het rekent natuurlijk op de aanwezigheid van die HBO5-verpleegkundigen en op de bijstand die ze leveren om die bloedvoorraad op peil te krijgen. Wij hebben nu al problemen met de bloedvoorraad van sommige bloedgroepen. Wij mogen echt geen bijkomende problemen creëren.

Het Rode Kruis is een van de specialisten op het vlak van bloedcollectes en het heeft, volgens mij, nooit problemen gehad met de HBO5-verpleegkundigen. Het ziet ook geen problemen als basisverpleegkundigen in de toekomst die basishandelingen zouden doen.

Ik vind het goed dat u de adviesorganen van de verpleegkundigen opnieuw zult bevragen, maar ik wil u vragen om daar ook het Rode Kruis bij te betrekken. Zo kunnen zij advies geven met betrekking tot die nieuwe technieken.

Ik ben benieuwd naar de nieuwe, gestructureerde equipes en ik ben alleszins een groot voorstander van het principe 'leren op de werkvloer'.

09.05 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, het Rode Kruis stelt inderdaad dat de komende tien jaar de helft van zijn verpleegkundigen moet worden vervangen. Het is belangrijk dat zij nu al kijken hoe dat kan gebeuren. Daarom maken zij zich ook zorgen over deze nieuwe regeling.

Wij blijven voorstander van het principe 'bevoegd is bekwaam', in plaats van te werken met lijstjes van toegestane handelingen. Ik ben blij dat u wilt bekijken hoe er aanpassingen kunnen gebeuren en of de afname en toediening van bloedproducten van elkaar kunnen worden gescheiden.

Ik heb me laten vertellen dat de intellectuele complexiteit niet gelijkaardig is en dat beide handelingen ook erg verschillend zijn qua veiligheidsrisico's. Bij bloedafnames werkt men met gezonde donoren en niet met patiënten. Dat is een belangrijke nuance. Ik verwijs ook naar het onlangs goedgekeurde nieuwe zorgberoep praktijkassistent, waarvoor voorzien is dat eenvoudige medisch-technische handelingen, zoals het afnemen maar niet toedienen van bloed, mogelijk zijn. Ik hoop dat we voor het Rode Kruis naar een gelijkaardige oplossing kunnen evolueren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan geriatrisch verpleegkundigen" (55038353C)

10 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'infirmiers en gériatrie" (55038353C)

10.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er bereiken mij signalen dat met name de geriatrische afdelingen van ziekenhuizen moeilijkheden ondervinden om verpleegkundigen aan te trekken. Dat heeft tot gevolg dat ziekenhuizen ook geriatrische bedden moeten sluiten.

Nader onderzoek leert ons dat het voor een verpleegkundige vandaag veel aantrekkelijker is om te gaan werken in een operatiekwartier, bijvoorbeeld, omdat ze daar hoger worden ingeschaald in het IFIC-systeem.

Als dat tot gevolg heeft dat verpleegkundigen wegtrekken uit de geriatrie, dan is dat uiteraard een heel ongewenste evolutie. De komende jaren zullen we immers zeer veel patiënten op hoge leeftijd moeten verzorgen. De druk zal alleen maar toenemen.

Het is duidelijk dat polymedicatie en polyopathie bekwame en betrokken zorgverstrekkers vereisen. Daarover heb ik een aantal vragen.

Bent u op de hoogte van deze problematiek? Ik veronderstel van wel. Welke inschatting en analyse maakt u hierbij?

Kunt u aangeven in hoeveel ziekenhuizen die problemen zich voordoen? Zijn er regionale verschillen merkbaar?

Ziet u ook oplossingen en acht u het verschil in loonschaal wenselijk? Plant u daarin bij te sturen? Zo ja, hoe zou u dat aanpakken?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik ben mij absoluut bewust van het probleem dat u aankaart, alhoewel ik eigenlijk geen cijfers heb over het aantal verpleegkundigen dat geriatrische afdelingen verlaat en evenmin over het aantal betrokken ziekenhuizen, maar ook zonder die cijfers is het probleem wel duidelijk.

Ik kom nog eens terug op het voorgaande punt: wij werken aan een brede hervorming van het verpleegkundige beroep. Dat zal onder meer kunnen resulteren in het herbekijken van de regeling van specialisaties in de verpleegkunde. De bedoeling moet zijn om nog meer in te zetten op de competenties van verpleegkundigen.

Wat de IFIC-functieclassificaties betreft, moet ik nog eens zeggen dat dat het werk was – en nog altijd is – van de sociale partners. Men heeft zich gebaseerd op een wegings- en classificatiesysteem dat verwijst naar de uitgevoerde taken en de inhoud van de functie om de loonschaal te bepalen. Op die manier is een verpleegkundige op de dienst geriatrie ingeschaald in categorie 14 en een verpleegkundige in het operatiekwartier in categorie 15. Die inschaling gebeurt voor alle functies op eenzelfde wijze, op basis van zes wegingscriteria die rekening houden met de reële taken. Na de weging wordt de categorie bepaald. Men zegt daarover dat kiezen voor een job op de dienst geriatrie neerkomt op het kiezen van een andere job met andere taken dan bijvoorbeeld een job in het operatiekwartier. Dat heeft in de IFIC-classificatie een andere verloning tot gevolg.

Ik weet dat daar veel discussie over is, maar dat is het werk van de sociale partners. Het is een systeem dat voortdurend moet worden opgevolgd en onderhouden. Het is daarbij belangrijk dat men ook echt luistert naar de betrokkenen in het veld.

Er bestaat een soort van onderhoudsprocedure bij IFIC, waarbij elk jaar ongeveer 10 % van de functies herzien wordt. De bedoeling is dat men op die manier in lijn blijft met de realiteit. De opmerking die u formuleert, of verpleegkundigen in een dienst geriatrie niet wat ondergewaardeerd worden, moet

worden meegenomen in een lopend onderhoud, waarvoor de sociale partners aan zet zijn.

Ik wil nog even ingaan op het recentste sociaal akkoord. Met dat sociaal akkoord hebben wij een half miljard euro geïnjecteerd in de lonen. Ik weet dat dit ook, in samenhang met de nieuwe IFIC-functieclassificatie, een aantal mensen teleurgesteld heeft, omdat zij dachten meer te zullen krijgen. Wel wil ik beklemtonen dat de IFIC-classificatie, die samen met de extra injectie van een half miljard euro ingevoerd wordt, een enorme prioriteit heeft gezet op starters, dus de beginners in het verpleegkundig beroep. Meer in het algemeen, mensen die beginnen in de federale zorg hebben enorm gewonnen. De startende verpleegkundige wint boven op de index 11,5 %. Een verpleegkundige die drie jaar aan de slag is, wint 12 %. Maar inderdaad, mensen met een hogere anciënniteit of mensen met specialisaties hebben met IFIC veel minder vooruitgang gekend. Dat is een realiteit; dat was een bewuste keuze. Ik weet dat dit tot heel wat frustratie leidt. Het is een reden te meer om zorgvuldig te kijken naar de vraag of de specialisaties voldoende gewaardeerd worden in IFIC. Om die reden heb ik ook een specialisatiecomplement ingevoerd. Dat is niet meteen een antwoord op uw vraag, maar ik denk dat de sociale partners dat nauwgezet moeten opvolgen.

10.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Dit is een thema dat mij ongerust maakt. Ik heb persoonlijk verhalen gehoord van mensen die worden doorverwezen als er geriatrische bedden worden gesloten. Onze oudere populatie heeft steeds hard gewerkt en we moeten op onze beurt goed voor hen zorgen.

Als er inderdaad mogelijkheden zijn om iets te doen aan de verloning, dan zou dat al wat helpen, maar dat is niet het enige. Wij moeten veel breder dan dat kijken naar de ouderenzorg. We moeten ervoor zorgen dat de muren tussen de verschillende instellingen worden gesloopt, dat er veel meer heen en weer kan worden gecommuniceerd en dat artsen en verpleegkundigen een veel grotere mobiliteit hebben tussen de verschillende instellingen, zodat er minder mensen moeten worden opgenomen op geriatrie.

Geriatrisch verpleegkundige is een zwaar beroep. Veel patiënten nemen veel medicatie en hebben vaak veel verschillende aandoeningen. Ook fysiek is het een zwaar beroep, dus ik wil aandacht vragen voor die sector en die verpleegkundigen, zodat we zoveel mogelijk van die verpleegkundigen kunnen behouden.

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

11 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De cijfers inzake vroegtijdige sterfte" (55038354C)

11 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les statistiques relatives aux décès prématurés" (55038354C)

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over een studie van Sciensano over de sterftcijfers in België. Daaruit blijkt dat we in België een heel hoge vroegtijdige sterfte kennen. De cijfers zijn slechter voor mannen dan voor vrouwen en er is ook een groot regionaal verschil.

Bij een internationale vergelijking van *potential years of life lost* zitten we bovendien boven het Europese gemiddelde. Landen als Luxemburg, Zweden, Nederland en Italië scoren een heel pak beter dan wij.

Welke oorzaken duidt u aan met stip aan als het gaat om vroegtijdige sterfte? Zijn daarbij ook socio-economische factoren van belang?

Hoe kunnen we de heel opvallende regionale verschillen verklaren?

Zijn die *potential years of life lost* bekend voor de provincies of regio's apart? Hebben we daarvan nog een fijnmaziger beeld? Zijn er ook cijfers op gemeentelijk niveau? Zit elke regio onder het Europese gemiddelde?

Welke strategie of welk plan van aanpak is er volgens u nodig om aan te sluiten bij de landen die het beter doen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, volgens Sciensano-analyses van de Statbel-databank met doodsoorzaken, was covid in 2020 een van de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte. Men bedoelt daarmee overlijden voor de leeftijd van 75 jaar. De oorzaken van vroegtijdige sterfte verschillen voor mannen en vrouwen. Bij mannen zijn, covid niet meegerekend, longkanker, zelfdoding en ischemische hartziekten de belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte. Bij vrouwen zijn longkanker, borstkanker en zelfdoding, covid niet meegerekend, de belangrijkste oorzaken in termen van *potential years of life lost*.

Zelfdoding en doodsoorzaken gerelateerd aan roken spelen dus helaas een belangrijke rol. Sociaal-economische status is helaas ook erg belangrijk bij vroegtijdige sterfte. De belangrijkste oorzaken van vroegtijdige sterfte zijn ook oorzaken waarvoor de ongelijkheden het grootst zijn. Bij longkanker, ischemische hartziekten en zelfdoding zijn er enorme ongelijkheden tussen de mensen op dat vlak. Roken is helaas ook heel sociaal-economisch gedetermineerd. Dat is een reden te meer om daar hard op in te grijpen.

In 2020 zijn de regionale verschillen toegenomen door de regionale verschillen in covidsterfte. Afgezien van covid zijn de grootste verschillen tussen Vlaanderen en de andere gewesten bij mannen merkbaar voor ischemische hartziekten. Bij vrouwen worden de grootste verschillen waargenomen voor chronische obstructieve longziekten. Er zijn ook significante verschillen in sterfte door longkanker tussen Wallonië en Vlaanderen. Dat kan te wijten zijn aan het hogere percentage rokers in Wallonië. Significante verschillen in cerebrovasculaire aandoeningen worden waargenomen tussen Brussel en Vlaanderen.

De *potential years of life lost* voor de verschillende doodsoorzaken per regio zijn beschikbaar op de website gezondheid.be.

De sterftecijfers voor de verschillende doodsoorzaken per arrondissement zijn ook beschikbaar. De percentages van *potential years of life lost* zijn hoger in het Waalse Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest dan in het Vlaamse Gewest.

Om deze cijfers te doen dalen en vroegtijdige sterfte te beperken, zijn verschillende acties nodig. Ik noem er enkele. U weet dat de regering eindelijk de interfederale strategie voor een rookvrije generatie heeft goedgekeurd. De ambitie ligt hoog. We willen het aantal rokers systematisch terugdringen. Ik hoop de implementatie van dat interfederale antitabaksplan binnen de regering snel te kunnen afronden en er ook snel mee naar het Parlement te kunnen komen.

Ik denk dat het belangrijk is dat we blijven inzetten op ongelijkheid, niet alleen op het vlak van gezondheid maar ook op het vlak van de toegang tot de gezondheidszorg. We hebben daarover soms discussies met elkaar. Dat is de reden waarom we maatregelen nemen inzake onder andere remgeld en supplementen.

Dan is er ook de vaccinatie voor covid. Ook de preventie van zelfdoding is heel belangrijk. Dit is een gemeenschapsbevoegdheid. Ik ben blij dat dit zeer prominent in de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen figureert.

11.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. U hebt de oorzaken van vroegtijdige sterfte opgesomd. Eigenlijk gaat het altijd om zaken die mits preventie voor een groot stuk te voorkomen zijn. Ik wil vragen dat men daar zeker op inzet.

Ik vind het ook belangrijk dat Sciensano dergelijke onderzoeken uitvoert en publiceert. Ik vind het heel belangrijk dat de data die wij hebben goed geanalyseerd worden en dat we benchmarken ten opzichte van andere landen, maar dat wij ook benchmarken binnen ons land.

De verschillen die er zijn tussen Vlaanderen, Wallonië en Brussel zien wij al verschillende jaren. Ik wil niet triomferen omdat Vlaanderen het beter doet. Ik meen dat dit zeer ongepast zou zijn, want er is nog altijd te veel vroegtijdige sterfte, ook in Vlaanderen. Ik meen dat de cijfers wel aangeven dat elke regio een andere aanpak nodig heeft.

Ik meen tevens dat dit ons pleidooi om de gezondheidszorg in handen te geven van de

gemeenschappen alleen maar versterkt. Ik ben ervan overtuigd dat dit alle burgers in dit land ten goede zou komen, of zij in Vlaanderen, Brussel of Wallonië wonen.

Ik wil u nogmaals vragen, mijnheer de minister, om uw gewicht achter het uitvoeren van het regeerakkoord te zetten en stappen te zetten richting de eenmaking van onze gezondheidszorg.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55038358C de Mme Van Hoof a été transformée en question écrite.

12 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le registre des pratiques" (55038362C)

12 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het register van praktijken" (55038362C)

12.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'article 42 de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé prévoit que tout professionnel des soins de santé communique à la DG soins de Santé du SPF Santé publique les informations suivantes: « 1° une description générale des soins de santé qu'il dispense; 2° s'il dispense ou non des soins de santé dans le cadre d'une collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé; 3° l'endroit où il dispense les soins de santé en question. » Cet article prévoit aussi que ces données sont consignées dans un « registre des pratiques » auquel le public a accès et que « Le Roi peut définir les modalités relatives à l'application du présent article. ». L'article 43 de la même loi prévoit que le Roi peut fixer des conditions supplémentaires relatives à la consignation dans le registre des pratiques.

Ces articles sont entrés en vigueur le 1er juillet 2022. L'obligation s'applique donc aux prestataires de soins. Mais, sauf erreur de ma part, aucun arrêté royal n'a été adopté pour fixer les modalités relatives à ce registre des pratiques.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes.

Comme la loi prévoit une possibilité (et non une obligation) pour le Roi de déterminer les modalités relatives au registre des pratiques, comptez-vous adopter un tel arrêté royal? Si oui, dans quel délai? Quelles seront les modalités définies? Ce texte fait-il l'objet d'une concertation avec les acteurs de terrain concernés? Si non, pourquoi?

Comment se passe actuellement la communication des données par les prestataires de soins à la DG Soins de santé du SPF Santé publique?

Disposez-vous de données par rapport au nombre de prestataires qui ont communiqué ces données? Est-ce que la DG procède à une vérification des données communiquées avant leur consignation dans le registre (comme la loi en prévoit la possibilité)? Si oui, quel est le résultat de ces vérifications? Si non, pourquoi?

C'est sur le portail ProSanté – qui remplace le portail MyInami – que les prestataires peuvent compléter/consulter le registre des pratiques. Mais qu'en est-il pour les citoyens? Comment peuvent-ils consulter ce registre?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, il s'agit donc du registre des pratiques. Les avis ont été sollicités auprès de tous les conseillers des professionnels de la santé concernant ce registre et les portfolios.

Vous pouvez les retrouver sur le site de l'organe d'avis et de concertation du SPF Santé publique. Actuellement, il n'est pas prévu de prendre un arrêté royal pour développer cela davantage, mais des mesures ont certainement été prises, comme vous le soulignez dans votre préparation écrite. Il existe actuellement une collaboration entre le SPF Santé publique et l'INAMI et l'ancien MyInami a été transformé en ProSanté. À l'heure actuelle, chaque prestataire de soins peut y trouver des informations concernant son visa en plus des informations habituelles pour les prestataires de soins ayant un numéro INAMI. C'est également l'endroit où ils peuvent fournir leurs coordonnées afin d'être contactés par les autorités, par exemple en temps de crise.

En début d'année prochaine, le registre des pratiques en fera également partie. ProSanté recueillera les données des prestataires de soins et leurs pratiques dans différentes bases de données que le prestataire de soins lui-même devra confirmer. Cela permettra au prestataire de soins de gagner du temps et de fournir des informations précises aux autorités.

Les données qui doivent être accessibles au public seront également disponibles sur un nouveau moteur de recherche après un certain temps. Cela sera possible peu de temps après le lancement officiel du registre des pratiques. Une campagne de communication destinée aux prestataires de soins et au public sera également lancée l'année prochaine.

12.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, cette campagne de communication envers les citoyens implique-t-elle qu'ils pourront avoir accès aux informations du registre directement en ligne? Est-ce cela que je dois comprendre?

La DG Santé va-t-elle procéder à une vérification des données communiquées avant la consignation dans le registre, comme le prévoit la loi, ou pas? Cela permettrait d'avoir une forme de label de qualité, puisque les informations des soignants sont reprises sur un site officiel des autorités publiques.

12.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame, je dois avouer qu'à vos deux questions, qui sont absolument pertinentes, je n'ai pas de réponse immédiate.

Première question: quelles données seront-elles accessibles au public? Il y aura un moteur de recherche qui donnera accès, mais toutes les données seront-elles accessibles? Je n'ose pas le dire comme cela.

Deuxièmement, la validation. Il y a deux possibilités. Soit vous introduisez une nouvelle question, ou bien, c'est peut-être plus facile, j'essaie de vous répondre informellement par email. Dans ce cas, vous devriez préciser les deux questions et les envoyer à Mme Schellens. Je vous laisse le choix.

12.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Merci monsieur le ministre, car des acteurs se posent des questions. J'essaie donc de clarifier les choses.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'IFIC" (55038368C)

13 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "IFIC" (55038368C)

13.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, parmi les 600 millions de l'accord social, 500 millions d'euros sont affectés à la réforme IFIC qui est présentée comme conduisant à une augmentation structurelle des salaires. Nous avons déjà eu l'occasion d'en parler, la mise en œuvre de cette réforme pose de nombreux problèmes sur le terrain et l'augmentation annoncée des salaires n'est pas présente pour tous.*

Monsieur le ministre, je souhaiterais connaître la répartition entre les régions du budget alloué à la réforme IFIC. Pourriez-vous me transmettre ces données?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai à mon tour une réponse comprenant quantité de chiffres et tableaux. Je vais vous transmettre celle-ci.

13.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Je vous remercie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

14 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le mystery shopping dans le cadre de la lutte contre le tabac et l'alcool" (55038369C)

14 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mysteryshopping in het kader van de strijd tegen tabak en alcohol" (55038369C)

14.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, on peut lire sur le site du SPF Santé publique les résultats de la campagne estivale 'mystery shopping' au sujet l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Les résultats sont catastrophiques: « plus de 70% des détaillants ne respectent pas la limite d'âge lorsqu'ils vendent du tabac ou des e-cigarettes. On constate le plus grand nombre d'infractions dans les supermarchés et les stations-services (80 %). Concernant la vente d'alcool, l'interdiction de vendre des spiritueux (pour les -18 ans) n'est pas respectée dans 90 % des cas. Pour la bière et le vin (-16 ans), le taux d'infraction est d'environ 80 %. Les établissements horeca et les stations-services sont les lieux où l'alcool est le plus facilement vendu aux mineurs (plus de 90 % d'infractions constatées). »*

Il est précisé que « Tous les endroits contrôlés recevront un courrier avec les résultats. Aucune amende n'est prévue pour l'instant, car cette campagne a pour but de sensibiliser au problème. »

Dans cet article, on peut aussi lire vos propos: « Ces chiffres montrent clairement que les mesures que nous prenons dans le cadre de notre plan alcool et dans notre plan tabac sont absolument nécessaires. Je vais renforcer les contrôles existants, mais j'examinerai également immédiatement ce qui est possible pour utiliser les "mystery shoppers" non seulement pour sensibiliser, mais aussi comme moyen de contrôle efficace pour infliger des amendes aux commerçants en infraction. »

Monsieur le ministre, ces résultats ne vous incitent-ils pas à mettre en œuvre dès maintenant les plans d'action nationaux? Quels sont vos objectifs chiffrés en vue de « renforcer les contrôles existants »? Ces contrôles auront-ils pour objectif la sensibilisation ou la sanction des infractions constatées?

Pourquoi devez-vous « examiner ce qui est possible pour utiliser les « mystery shoppers » comme moyen de contrôle efficace pour infliger des amendes aux commerçants en infraction »? Cette possibilité n'existe-t-elle déjà pas en vertu de l'article 11/1 de la loi du 24 janvier 1977 qui prévoit que les membres du personnel « peuvent se rendre dans tous lieux où ils exercent leur contrôle, aussi en ligne, en se présentant comme des clients ou clients potentiels, sans devoir communiquer leur qualité et le fait que les constatations faites à cette occasion peuvent être utilisées pour l'exercice de la surveillance. »

14.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, les plans alcool et tabac reprennent un large éventail de mesures devant notamment être transposées en diverses législations.

Certaines mesures sont prévues et d'autres sont déjà en vigueur comme l'interdiction des pochettes de nicotine entrée en vigueur le 1^{er} octobre ou le renforcement des règles en matière de cigarettes électroniques dont le fait de rendre la présentation des e-cigarettes moins attractive qui entrera en vigueur dans les commerces de détail le 1^{er} janvier 2024 ainsi que l'interdiction des automates, etc.

Un avant-projet de loi modifiant la loi du 24 janvier 1977 relatif à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et autres produits qui reprend également différents points des plans alcool et tabac dont l'interdiction de vente aux mineurs est en phase finale de préparation.

Pour les autres mesures, je veille à ce que les timing des deux plans soient respectés.

Madame Fonck, j'espère sortir du gouvernement très prochainement avec un paquet de projets de loi et les voir aboutir dans les semaines qui viennent, au plus tôt. Les deux législations (celle de 1977 et celle de 2009) doivent être modifiées.

S'agissant des contrôles, il faut les renforcer. Il faut faire plus souvent appel aux *mystery shoppers*. Comme vous, je suis effaré par les résultats du *mystery shopping* que nous avons fait. Ils sont épouvantables. Ils doivent être renouvelés. De plus, les contrôles qui utilisent cette technique doivent toujours avoir pour objectif la répression des infractions.

Les contrôles seuls ne suffisent évidemment pas. Je compte aussi sur les fédérations et le secteur lui-même et j'attends d'eux qu'ils soient plus vigilants, ayant vu eux aussi les résultats de notre *mystery shopping*.

Concernant le *mystery shopping*, la loi du 24 janvier 1977 prévoit que mes services puissent y recourir. Cependant cette possibilité est donnée aux contrôleurs du service d'inspection des produits de consommation, qui peuvent difficilement se faire passer pour des mineurs. Une analyse juridique a bien entendu été réalisée avant la campagne avec les mineurs, mais je préfère toutefois faire une analyse juridique supplémentaire avant de commencer à infliger des amendes pour des constatations faites avec la technique de *mystery shopping*.

Mon intention est de lier systématiquement des sanctions au *mystery shopping*, mais il faut s'assurer que l'usage de *mystery shoppers* ne s'apparente pas à de la provocation, car ce n'est pas permis. Vous comprendrez qu'il est important d'être clair au niveau juridique. Il ne suffit pas que je sois personnellement en faveur de lier le *mystery shopping* à des sanctions effectives, mais il faut aussi que les procès-verbaux soient poursuivis.

J'ai été bouleversé par ces résultats. Nous les avons utilisés pour de la sensibilisation, mais je crois qu'il faut aller plus loin. Je veux une analyse juridique qui permettra de confirmer que, si le *mystery shopping* n'est pas accompagné de provocation, des sanctions peuvent être infligées à la suite d'une telle opération.

14.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, quand j'ai plaidé pour la mise en place de *mystery shopping* tant pour le tabac que pour l'alcool, certains ont écarquillé les yeux et j'étais loin d'imaginer que les résultats seraient aussi catastrophiques. Je voyais bien que nos contrôles étaient largement insuffisants et que de nombreuses ventes se faisaient hors des clous des réglementations mais pas à un point tel. Il faut donc agir plus encore.

Par rapport au mécanisme de sanction, je peux entendre ce que vous me dites ici mais la loi prévoit déjà que les membres du personnel peuvent se rendre dans des lieux où ils exercent leur contrôle en se présentant comme des clients ou des clients potentiels. Cela fait quand même partie de la loi qui est directement en lien avec le fait d'infliger des amendes aux commerçants en infraction. Je suis donc un peu perplexe quant à l'analyse: on peut objectiver les choses – et effectivement, c'est catastrophique – mais on ne peut pas sanctionner sur la base de la législation actuelle. Pour moi, c'est possible. J'espère juste que ce n'est pas un prétexte pour ne pas sanctionner ou pour retarder les sanctions car certains partis du gouvernement n'y seraient pas favorables.

Je terminerai en disant que cela démontre une fois encore, au vu des taux de consommation encore persistants aujourd'hui, que la cigarette électronique, nicotine ou pas, est véritablement utilisée chez les jeunes comme un tremplin pour arriver à la consommation de tabac. Il faut accélérer, anticiper et étendre le plan national tabac tel qu'il est conçu. On peut anticiper certaines mesures qui sont reportées à plus loin. Des leviers sont clairement à notre disposition mais, pour une raison qui m'échappe, n'ont pas été décidés dans le cadre du plan national.

Cela concerne le tabac à rouler. On me dit que cela chipote sur les bars à chichas. Je ne vois toujours pas pourquoi on n'arrive pas à être clair en termes de publicité. Il y a aujourd'hui encore plein de publicités déguisées. Bref, des leviers sont laissés de côté pour des raisons politiques et de lobbies. Je sais que le secteur du tabac a fait le tour des cabinets. Je pense, monsieur le président et monsieur le ministre, que compte tenu des enjeux et des catastrophes en matière de santé publique, on doit être beaucoup plus déterminés dans la lutte contre le tabac. J'ai vu trop de patients en souffrir et en mourir.

14.04 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, je partage absolument votre révolte vis-à-vis de cette situation qu'on connaît très bien. Le plan interfédéral est un compromis. Personnellement, j'aurais voulu aller beaucoup plus loin mais je suis quand même content qu'on ait obtenu un plan

interfédéral qu'on est à même d'exécuter. Les lobbies ne passent pas chez moi. Ils n'ont pas accès à mon cabinet.

Cela reste un compromis mais j'espère quand même pouvoir vous montrer qu'on essaie aussi d'accélérer les actions. C'est l'un des enjeux du débat. Peut-on opter pour une certaine accélération? En même temps, je réaffirme que quand je dis que je vais examiner tous les aspects juridiques du *mystery shopping*, mon intention et ma volonté sont d'utiliser ces techniques pour infliger des sanctions. Personnellement, je crois, comme vous, qu'il n'y a pas de problème mais je veux m'en assurer juridiquement et alors, on avancera.

14.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je verrai les actes et je continuerai à tenter de faire bouger toutes les lignes sur ce dossier d'abord et avant tout pour protéger les patients et pour les aider à s'en sortir. C'est un véritable cancer!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le carrousel du 9ter" (55038370C)

15 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De 9ter-carrousel" (55038370C)

15.01 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous n'êtes pas directement compétent en la matière mais il se pose une question éminemment déontologique sur le plan médical concernant la situation de patients par rapport à des permis de séjour et à la position de l'Office des étrangers. Vu que des médecins qui travaillent pour les administrations et, indirectement, pour le gouvernement sont concernés, je trouve que vous avez un rôle à jouer en matière de respect de la déontologie médicale.

Je souhaite évoquer une situation interpellante à l'aide d'un exemple, celui de Bella, une femme guinéenne. En 2016, alors que sa procédure d'asile est à l'examen en Belgique, un cancer à un stade avancé lui est diagnostiqué. Un an plus tard, elle obtient un titre de séjour pour raisons médicales car elle doit bénéficier d'un traitement qui n'est pas disponible dans son pays d'origine.

Ensuite, la carrousel commence! À trois reprises, l'Office des étrangers décide de lui retirer son permis de séjour, contrairement à l'avis de l'oncologue qui la suit à l'hôpital. À trois reprises, Bella et son avocat introduisent un recours au Conseil du Contentieux des Étrangers. Celui-ci casse, à deux reprises, la décision de l'Office des étrangers au motif que l'état de santé de Bella continue à se dégrader. La troisième fois, il ne statue pas car Bella est entre-temps décédée.

Ce cas est dramatique sur le plan personnel et humanitaire, mais il est aussi préoccupant parce que, dans l'interprétation des règles, on estime qu'un fossé sépare l'avis de l'oncologue qui suit cette jeune femme et celui du médecin-conseil pour l'Office des étrangers. Depuis plusieurs années, j'ai assisté à cela avec des pathologies sévères touchant des patients atteints du sida ou du cancer et des patients dialysés.

En 2016, le Comité consultatif de bioéthique de Belgique (CCBB) avait relevé un manque de respect envers la déontologie médicale. Le médiateur fédéral et l'Ordre des médecins avaient statué identiquement.

Monsieur le ministre, j'aimerais plaider pour que vous réserviez une attention au respect de la déontologie par les médecins qui rendent un avis pour le compte de l'Office des étrangers, notamment quand se présente une telle différence entre les avis rendus par un spécialiste des maladies graves et par un médecin-conseil qui refuse de prendre ces aspects en considération. Il faut rendre obligatoire la prise de contact entre eux, afin que le second n'invalide pas un diagnostic étoffé par une série d'exams qui démontrent que la maladie est grave et que l'état de la patiente est sévère – puisqu'elle est ensuite décédée. En outre, ce traitement ne peut pas être pris en charge dans son pays d'origine.

Merci, monsieur le président, et excusez-moi pour le temps pris.

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Fonck, ik zal in het Nederlands antwoorden omdat mijn voorbereiding in het Nederlands opgesteld is.

U kent de adviezen. Mijn medewerkers hebben mij opnieuw verwezen naar verschillende adviezen, maar ik denk dat u deze kent. Eigenlijk is uw vraag in eerste instantie een vraag voor mijn collega de Moor.

Ik kan u wel zeggen dat ik zelf regelmatig advies vraag aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Die adviezen zijn ook interessant en belangrijk, omdat men daar inderdaad een advies krijgt vanuit verschillende perspectieven. Wij gebruiken die ook vaak in debatten.

Natuurlijk spreken adviezen zich niet uit over individuele dossiers. In dit dossier is het eigenlijk aan de Dienst Vreemdelingenzaken om de beslissing te motiveren, mede gebaseerd op het advies van de arts. Ik kan mij echt niet uitspreken over een individueel dossier. Er bestaan daar procedures voor. Ik denk ook niet dat u dat verwacht.

De beleidskwestie moet u in de eerste plaats met mijn collega de Moor bespreken. Ik wil wel onderstrepen dat ik het belangrijke adviezen vind.

15.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Je n'attendais pas de réponse sur le terrible cas individuel de cette jeune femme. Ce n'est d'ailleurs pas mon habitude de poser des questions précises sur des patients.

Mais la situation de cette jeune femme est terriblement révélatrice de ce qui se passe dans un certain nombre de cas, monsieur le ministre. Je le redis. Je pense à la situation de patients atteints de maladies très sévères. J'ai évidemment interrogé la secrétaire d'État, qui m'a rappelé la loi et les règles, en ce compris celles de l'article 9^{ter}. Je connais bien ces règles, mais il y a un hiatus entre les règles et l'interprétation que l'on en fait. Et si je viens vers vous, c'est parce que je pense que vous avez une responsabilité au niveau du respect de la déontologie médicale par des médecins qui sont en fait en mission pour les administrations ou pour l'Office des étrangers – et donc indirectement pour le gouvernement – pour faire respecter les législations. Si on n'amène pas les ministres à oser remettre en question les procédures sans même modifier les lois, si on n'oblige pas les structures de l'État et les médecins qui travaillent de manière indirecte pour le gouvernement à respecter la législation mais aussi la déontologie médicale, alors des cas comme celui de Bella risquent de se représenter à nouveau demain.

Au sujet du Comité consultatif, de l'Ordre des médecins, des médiateurs, ces avis datent de 2016. L'histoire de Bella est toute récente. Ceci illustre que les avis rendus en 2016 ne sont toujours en rien respectés aujourd'hui. Je me permets donc, à ce sujet, de vous renvoyer une forme de responsabilité, à côté de celle qui incombe à la secrétaire d'État de Moor et à vous demander de faire respecter la déontologie médicale à tous niveaux, y compris dans ces situations-là. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55038380C de Mme Catherine Fonck est transformée en question écrite.

16 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le no-show chez les prestataires de soins" (55038381C)**

16 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De no-show bij zorgverstrekkers" (55038381C)**

16.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, selon plusieurs sources, les prestataires de soins sont de plus en plus confrontés au phénomène du « no show ». La situation s'aggrave ces dernières années. Cela pénalise les prestataires de soins mais aussi l'organisation des institutions comme les hôpitaux, ainsi que les patients.*

Dispose-t-on de données officielles, y compris par type de prestataire de soins ou de prestations de soins?

Si non, ne serait-il pas important d'en disposer?

Si certains demandent un dédommagement financier si le patient n'a pas décommandé à temps son RDV, beaucoup ne le font pas, d'autant que ce n'est pas permis spécifiquement dans la loi. Ne serait-il pas temps d'ouvrir le débat sur l'inscription dans la loi de l'obligation de décommander en temps utile (sauf circonstance exceptionnelle) et à défaut de permettre une pénalité financière?

16.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: D'un point de vue statistique, mes services ne disposent d'aucune donnée concernant les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous avec leur prestataire de soins sans prévenir. De plus, je ne vois pas comment l'administration pourrait collecter des données fiables sur ce phénomène, de manière structurelle, sans surcharge administrative.

Le droit économique et la jurisprudence autorisent la demande d'une compensation financière en cas de non-respect d'un rendez-vous. Il est important que le patient soit, d'une manière ou d'une autre, préalablement informé de cette éventuelle indemnisation, tout en le sensibilisant à prévenir le prestataire de soins s'il ne peut pas se présenter au rendez-vous prévu, ne fût-ce que parce que cela permet de libérer des plages horaires pour d'autres patients. En outre, le montant demandé doit être proportionnel. Il s'agit alors d'une indemnisation et non d'honoraires pour un service non fourni. Comme c'est un problème qui se présente dans plusieurs secteurs, le cadre juridique existant pourrait être précisé. Il faudrait demander à mon collègue M. Dermagne de s'en saisir.

Personnellement, je n'aime pas trop la judiciarisation. Il ne faut pas tout codifier en termes juridiques, mais je crois qu'il y a quand même là un enjeu, à savoir le respect du patient pour le prestataire de soins. Il faut entre autres respecter les rendez-vous qui sont pris.

Dans le contexte du nouveau projet de loi sur les droits du patient, j'ai demandé au professeur Tom Goffin, qui est le président de la commission des droits du patient au sein du SPF Santé publique, de commencer une réflexion sur le respect que doivent les citoyens et les patients aux prestataires de soins, dans les termes suivants: si l'on veut que les soignants soient à même de travailler de façon durable et satisfaisante, et de faire du bien aux patients, il y a aussi des choses qu'on peut attendre d'un patient.

J'ai demandé au professeur Goffin d'y travailler. En parallèle, nous aurons un débat parlementaire sur la législation des droits du patient. Dans notre législation, la notion selon laquelle le patient est obligé de respecter le prestataire est déjà présente mais d'une façon extrêmement vague. Mais je ne compte pas commencer à codifier, à judiciariser ou à réfléchir à des systèmes d'indemnisation. Il faut une réflexion plus approfondie sur ce qu'on peut attendre d'un patient dans l'intérêt des autres patients et de la soutenabilité du travail pour le prestataire de soins. C'est une des problématiques à saisir.

16.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous parlez de respect des prestataires de soins mais ce n'est pas le seul problème. Lorsque des patients doivent parfois attendre un rendez-vous chez un médecin spécialiste trois, quatre, cinq, voire six mois, alors que des plages horaires pour lesquelles les patients sont inscrits officiellement ne viennent pas, cela constitue une pénalisation. Cela pose problème pour les prestataires mais aussi pour d'autres patients. Cela provoque des retards de soins et a une influence sur l'organisation des institutions de soins.

Ces dernières années, le *no-show*, c'est-à-dire des patients qui ne se présentent pas au rendez-vous, augmente. Nous n'avons pas de données officielles. Ce phénomène est connu dans les hôpitaux, lors de consultations, etc. Cela peut aller dans certains endroits jusqu'à 30 %. La loi, aujourd'hui, l'autorise mais elle est un peu vague et floue. Certains prestataires appliquent une pénalité financière alors que d'autres ne le font pas de peur d'avoir un recours et donc de difficultés sur le plan administratif. Ne devrait-on pas changer la législation pour que les choses soient plus claires?

Lorsqu'on pénalise les autres patients, cela pose des questions en matière de santé publique. Cela touche les prestataires mais aussi les patients. Il faut avoir l'audace d'ouvrir le débat. Cela ne signifie pas nécessairement que la législation sera modifiée. Mais la réflexion mérite d'être entamée dans l'intérêt de tous.

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

17 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rattrapage de la vaccination contre le papillomavirus" (55038382C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer du col de l'utérus et le dépistage HPV" (55038388C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le vaccin contre le papillomavirus (complément)" (55039209C)

17 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het inhalen van de HPV-vaccinatie" (55038382C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De baarmoederhalskankerscreening en de HPV-screening" (55038388C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het vaccin tegen het papillomavirus (aanvulling)" (55039209C)

17.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, les dernières études internationales démontrent l'efficacité à plus de 10 ans de la vaccination contre le papillomavirus: efficacité de 86 à 96% contre les lésions précancéreuses de haut grade, et jusque 90% pour prévenir les infections à l'origine des cancers.*

Les taux de vaccination en Belgique sont bien connus, avec des taux de 77 à 84% en Flandre, et de 45 à 50% en Fédération Wallonie-Bruxelles, respectivement pour les garçons et les filles.

Le remboursement du vaccin qui coûte 130€ par vaccin soit 390€ pour les 3 injections n'est permis que jusque 18 ans (compris).

Les recommandations ont pourtant évolué, les jeunes de plus de 18 ans jusque 26 ans pouvant également tirer bénéfice de l'effet protecteur vaccination contre le HPV.

N'est-il donc pas indispensable de prévoir un programme de rattrapage de vaccination en étendant le remboursement du vaccin contre le HPV pour les jeunes de 19 à 26 ans?

Par ailleurs quelles sont les mesures prises pour atteindre les objectifs cibles en termes de taux de vaccination chez les moins de 18 ans? Quelles sont les discussions au sein de la CIM santé?

Monsieur le ministre, en décembre 2022 est intervenu un accord en CIM santé pour modifier le dépistage du cancer du col de l'utérus afin de passer à un dépistage par test HPV en première intention en lieu et place du pap-test.

Qu'en est-il concrètement? est-ce déjà en application et remboursé?

Plus de la moitié des femmes en Wallonie-Bruxelles échappent au dépistage par frottis, et 40% en Flandre: quelles sont les mesures prises pour augmenter le taux de dépistage de ce cancer et atteindre la valeur cible de 90%? C'est la priorité des priorités si on veut faire reculer la mortalité liée à ce cancer. Quid d'une invitation systématique à chaque femme? Quid d'un registre permettant aux gynécologues et aux médecins généralistes de vérifier avec certitude et dans tous les cas (y compris si le test a été fait dans un centre privé ou en cabinet) si le dépistage a été réalisé ou pas? Que pensez-vous d'une stratégie prévoyant, sur base de ce registre ou des données existantes à l'inami ou aux mutuelles, d'un rappel particulier aux femmes qui ne se sont plus fait dépister depuis 10 ans?

Monsieur le ministre, les recommandations scientifiques démontrent que les patients souffrant du VIH et les patients transplantés doivent également pouvoir bénéficier du remboursement du vaccin HPV.

Cela n'est toujours pas le cas en Belgique.

Je plaide pour une décision urgente de votre part en faveur de ces patients.

17.02 Frank Vandebroucke, ministre: Monsieur le président, ma réponse est assez longue et contient des passages que je peux vous communiquer.

17.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, à la limite, si c'est long, vous me transmettez tout. Je ne sais pas si vous avez déjà pu répondre à la question que j'avais introduite hier en complément.

17.04 Frank Vandebroucke, ministre: C'est comme vous voulez!

17.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Vous pouvez tout me donner. S'il me manque des infos, je me permettrai de vous interroger sur l'un ou l'autre point. Cela vous convient-il?

17.06 Frank Vandebroucke, ministre: Oui! Nous allons vous envoyer la réponse au sujet du papillomavirus.

17.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Si c'est possible de l'avoir assez rapidement, merci beaucoup!

Le **président**: Donc, madame Fonck, nous pouvons considérer que vos questions jointes n° 55038382C, n° 55038388C et n° 55039209C sont transformées en questions écrites.

17.08 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le président, je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prévention de la bronchiolite (VRS)" (55038384C)

18 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De preventie van bronchiolitis (RSV)" (55038384C)

18.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'infection au VRS chez les nourrissons peut être très grave. Pendant l'hiver 2022-2023, nous avons d'ailleurs assisté à une épidémie de bronchiolite chez les tout petits, avec de nombreuses hospitalisations, et une saturation des services hospitaliers de pédiatrie.*

Il n'y a actuellement pas de vaccin disponible contre le VRS pour les nouveaux-nés.

Jusque maintenant on disposait cependant d'un anticorps monoclonal mais qui doit être répété tous les mois. Il n'est donc aujourd'hui administré qu'aux prématurés et aux bébés à haut risque.

Un nouvel anticorps monoclonal à longue durée d'action contre le VRS est maintenant disponible (Beyfortus-Nirsevimab). Il permet de protéger pour toute la période automne hiver tous les nourrissons avec une seule dose. Les résultats montrent une réduction de 75 % des bronchiolites, de 83 % des hospitalisations sur VRS. Il est autorisé par l'agence européenne des médicaments depuis octobre 2022. Différents pays UE prévoient que les nourrissons pourront en bénéficier durant leur 1ère année de vie, ainsi que son remboursement.

Qu'en est-il pour la Belgique? Il y a là un enjeu de santé publique très important afin de ne pas laisser passer la chance de protéger les nourrissons avant cet hiver.

18.02 Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, actuellement, la spécialité Beyfortus est enregistrée via l'Agence européenne des médicaments mais pas encore commercialisée sur le marché belge. La firme Sanofi Belgium a introduit auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) un dossier de demande de remboursement en date du 7 août 2023.

La procédure de remboursement se déploie sur une période de 180 jours, délai qui ne prend pas en compte les suspensions éventuelles en cours de procédure. Je devrais être amené à prendre une décision relative au remboursement de la spécialité Beyfortus avant 2024.

Le résumé des caractéristiques de Beyfortus précise néanmoins que des recommandations nationales doivent être suivies. J'ai dès lors fait appel au Conseil Supérieur de la Santé pour émettre des recommandations claires pour que les médecins identifient les nourrissons auxquels ce nouveau médicament anticorps monoclonal sera le plus utile et pour mettre à jour la stratégie pour diminuer l'impact des bronchiolites à VRS. Cela est nécessaire car la relation en pratique quotidienne entre le Beyfortus-Nirsevimab et le Synagis (palivizumab), un anticorps monoclonal actuellement disponible et remboursé en Belgique pour la prévention des maladies graves des voies respiratoires inférieures causées par le VRS, me semble à définir.

L'indication du Nirsevimab est plus large que celle du palivizumab, à savoir que le premier peut être administré à tous les nouveau-nés ou nourrissons mais uniquement lors de la première saison de VRS qu'ils connaissent. Toutefois, des critères de remboursement spécifiques qui pourraient limiter potentiellement son utilisation pourraient être fixés par la CRM.

En cas de décision positive et pour autant que le médicament Beyfortus soit disponible sur le marché belge, cela devrait permettre son administration avant le début de la saison de l'épidémie à VRS qui commence habituellement en novembre ou décembre en Belgique ou dès la naissance chez les nourrissons nés au cours de la saison d'épidémie à VRS, conformément à la notice du médicament.

18.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, si je résume, il n'y aura rien avant l'automne et l'hiver 2024. Pour l'automne et l'hiver 2023, nous perdons la possibilité de protéger tous les nourrissons avec une seule dose de ce nouvel anticorps monoclonal, puisqu'elle permet de protéger pendant toute la période automnale et hivernale.

Ce qui fait consensus, aujourd'hui, c'est de le faire durant la première année de vie. Nous savons que le risque de bronchiolite est important. Cela peut être très grave, avec beaucoup d'hospitalisations. Nous avons d'ailleurs vu l'année dernière une saturation des services hospitaliers et de pédiatrie pour cette raison.

Manifestement, les résultats sont extrêmement probants, avec une diminution de 75 % des bronchiolites et de 80 % des hospitalisations sur la base des données de littérature scientifique internationale et sur base des dossiers. Vous avez rappelé l'enregistrement à l'Agence européenne des médicaments.

Je constate que d'autres pays européens ont actionné les choses beaucoup plus vite. Il y a eu des prises de contact. Les décisions ont été prises. Rappelons quand même que cela a été autorisé par l'Agence européenne des médicaments en 2022.

Nous n'aurons rien pendant les deux ans qui suivent en Belgique. Je ne sais pas si on mesure bien l'impact qu'une bronchiolite chez un tout petit peut avoir pendant des années, avec parfois la survenue de complications de type asthmatiforme, toute son enfance et son adolescence.

Je vois qu'en France, tous les nourrissons l'auront à disposition pendant leur première année de vie et seront protégés. C'est une chance. Je trouve dommage qu'en Belgique, alors que nous sommes une pharma-vallée, nous ayons un tel retard, par rapport aux pays qui nous entourent, dans l'accès à l'innovation qui apporte une véritable plus-value. En matière de santé publique, elle apporte aussi des effets extrêmement positifs sur le moyen et le long terme de la santé des petits et des enfants et adolescents de demain.

Nous devons attendre, mais j'ose espérer que nous ne perdrons pas un deuxième hiver, monsieur le ministre.

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

19 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le dépistage du cancer de la prostate" (55038385C)

19 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Prostaatkankerscreening" (55038385C)

19.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le cancer de la prostate est le premier cancer chez l'homme. Il touchera environ un homme sur dix.*

Je ne vais pas refaire l'historique des débats sur les forces et faiblesse d'un dépistage du cancer de la prostate, n'étant pas autorisée par la Chambre à développer correctement ma question. Retenons l'essentiel, à savoir l'intérêt d'un dépistage précoce, mais aussi l'importance d'éviter les surdiagnostics et les surtraitements.

Les recommandations européennes ont évolué récemment. Et nous sommes en capacité de prévoir un programme de dépistage précoce, en y intégrant les réalités individuelles de chaque patient, pour éviter ces surdiagnostics et surtraitements.

Quelles sont les discussions en cours pour mettre en place un dépistage du cancer de la prostate? Cela a-t-il déjà été discuté au sein de la CIM? Pourquoi cela n'est-il toujours pas en place?

19.02 Frank Vandebroucke, ministre: En effet, en novembre 2022, le Conseil européen a adopté de nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer, remplaçant les précédentes datant de 2003. Le Conseil recommande notamment aux États membres d'examiner si, compte tenu du contexte et des priorités nationales, les programmes de dépistage existants – cancer du sein, du col de l'utérus et colorectal – pourraient être étendus à d'autres types de tumeurs – cancer du poumon, de la prostate et de l'estomac – dans les pays où l'incidence est élevée.

La Commission européenne a ouvert une nouvelle action conjointe sur les programmes de dépistage du cancer, y inclus le cancer de la prostate. La Belgique va y participer et le Centre du cancer de Sciensano sera notre point focal, soutenu par plusieurs acteurs de terrain comme Bruprev, le CvKO et le CCR.

Dans cette action, nous suivrons de très près le développement dans le domaine des trois nouveaux programmes de dépistage mais, comme vous le soulignez, il est important d'éviter le surdiagnostic et le surtraitement, en particulier pour le cancer de la prostate. Actuellement, selon mes experts, les preuves scientifiques ne permettent pas de conclusion claire sur le dépistage du cancer de la prostate. Dans tous les cas, il est important que le patient soit bien informé des avantages et inconvénients possibles.

Comme vous le savez, l'organisation des programmes de dépistage est une compétence des entités fédérées. Celles-ci décideront donc d'introduire ou non un programme de dépistage organisé pour le cancer de la prostate.

19.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends de votre part une position très en retrait et assez frileuse, c'est le moins qu'on puisse dire. Le cancer de la prostate n'est pas n'importe quel cancer. Tous les cancers sont différents mais on ne peut pas réaliser les mêmes dépistages que pour le sein, ou le col de l'utérus. S'il faut une approche particulière parce que les surdiagnostics sont évidemment un véritable problème, et les surtraitements aussi forcément, on sait que dans un nombre de cas non négligeable, c'est un cancer qui évolue en fait très lentement. S'il n'est pas traité, cela ne changera en fait rien pour le pronostic du patient.

Inversement, des cancers de la prostate surviennent et sont beaucoup plus agressifs. Ils peuvent évoluer beaucoup plus rapidement et entraînent dès lors aussi un taux de mortalité plus important. On a aujourd'hui les capacités, avec les experts, de définir des algorithmes clairs qui permettent d'encadrer

ce programme de dépistage précoce en intégrant les réalités individuelles de chaque patient, leur âge, leur situation, les facteurs de risque familiaux, les autres facteurs de risque, l'évolution, le type de cancer etc., pour éviter les surdiagnostics et les surtraitements.

Mais ne pas le faire, c'est aussi, à un moment donné, avoir des dépistages plus tardifs d'un certain nombre de cancers de la prostate pourtant agressifs. Qui dit dépistage tardif veut dire aussi traitement plus lourd et moins bon pronostic. Je me permets ici de plaider pour la mise en place de ce dépistage sans qu'on renvoie de nouveau d'une entité à l'autre, du fédéral aux entités fédérées et inversement. En Conférence interministérielle, vous avez suffisamment l'occasion de vous voir pour définir un programme scientifique qui tienne la route et pour montrer cette volonté forte d'avancer pour faire reculer les cancers. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le test sanguin pour évaluer le risque de thrombose suite à la prise d'hormones" (55038387C)

- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Un test sanguin permettant de mesurer le risque de développer une thrombose" (55038529C)

20 Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bloedtest om het risico op trombose a.g.v. het gebruik van een hormoonpreparaat in te schatten" (55038387C)

- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een bloedtest om het risico op trombose in te schatten" (55038529C)

20.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, une équipe de la spin off Qualiblood de l'université de Namur a mis au point un test sanguin, le test nAPCsr (normalized activated protein C sensitivity ratio) permettant de mesurer avec précision le risque de développer une thrombose, et de déterminer ainsi l'éligibilité d'une femme à la pilule contraceptive ou à un traitement hormonal pour la ménopause.*

C'est une avancée majeure puisque chaque année on estime que plus de 700 femmes présentent une thrombose associée à la prise d'hormones.

Le coût de 50€ est aujourd'hui à charge des patientes.

Qu'en est-il d'un remboursement pour ce test? Les économies qualitatives pour les patientes mais aussi financières pour la sécurité sociale semblent majeures, compte-tenu des invalidités et des coûts secondaires à la survenue d'une thrombose.

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, aucun remboursement par l'assurance obligatoire soins de santé n'est actuellement prévu pour ce test spécifique. Une procédure INAMI, décrite sur son site, existe pour demander le remboursement d'un nouveau test. Dans le dossier de demande, un remboursement est motivé au moyen d'une description précise du groupe-cible, de la plus-value diagnostique ou thérapeutique du test, du nombre de tests attendus annuellement, de l'incidence budgétaire totale et du rapport coût-efficacité de l'usage proposé du test. Un rapport d'évaluation est rédigé sur la base de ce dossier de demande. Ensuite, le traitement du dossier se poursuit au sein des organes habituels, en commençant par le Conseil technique médical.

Savez-vous s'ils ont introduit une demande? Ma réponse est formelle sur la procédure. On en parle, du reste, dans la presse néerlandophone. Personnellement, je trouve que cette question est assez importante. Par conséquent, je serais ravi de pouvoir agir. Seulement, j'ignore si un dossier a été introduit.

20.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, soyons très clairs. Manifestement, vous

ne me connaissez pas encore très bien. Pour ma part, je ne pose pas des questions pour relayer des lobbies.

20.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Non, non, ce n'est pas...

20.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Je ne sais pas s'ils ont introduit un dossier et je ne les ai pas contactés pour savoir s'ils avaient envie que je les défende. Nous avons un intérêt de santé publique et c'est ce qui m'importe. Nous avons environ 750 000 jeunes femmes qui utilisent un contraceptif. D'après les statistiques, en moyenne deux thromboses par jour se déclarent en Belgique. Ajoutez-y toutes les substitutions hormonales à la ménopause. À côté des thromboses, il y a les complications telles que les embolies pulmonaires, les hospitalisations, etc.

Voorzitter: Robby De Caluwé.

Président: Robby De Caluwé.

Je trouve que l'enjeu, et l'intérêt en matière de santé publique, est particulièrement important, parce qu'il est justement très difficile à l'anamnèse, à l'examen clinique, en fonction des facteurs de risque, de déterminer le profil d'une femme à risque de complication de type thrombotique suite à la prise d'hormones œstroprogestatives.

Il y a là un enjeu qui me semble suffisamment important pour le mettre en évidence. C'est le premier objet de ma question, de pouvoir en discuter ici. Vous savez aussi bien que moi qu'en matière de santé publique, tout ne peut pas seulement venir vers le gouvernement et vers les instances de l'INAMI, mais qu'il y a aussi des initiatives qui peuvent être prises du côté des instances et des autorités publiques de la santé de façon plus globale en Belgique.

Je trouve que ce serait utile en matière de santé publique. Au-delà des économies qualitatives pour les patientes, ce sont potentiellement aussi des économies financières pour la sécurité sociale, compte tenu de l'impact financier de toutes les thromboses, embolies pulmonaires et autres complications liées à tout ce qui est hormonal.

20.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, je ne voulais pas vous accuser, ou suggérer un lobbying. Si c'était l'impression, je la retire. Tout ce que je dis, c'est que dans un tel dossier précis, une demande doit être introduite.

Mais je dis aussi que la problématique est importante. Elle est vraiment importante. Si ces gens veulent m'envoyer un courrier avec quelques explications, ce serait intéressant pour moi de voir tous les aspects de ce qui a été développé. Cela pourrait être intéressant pour moi afin de réfléchir en la matière.

Néanmoins, un remboursement requiert l'introduction d'un dossier.

20.07 Catherine Fonck (Les Engagés): Il faut évidemment examiner tout cela sur base d'un dossier. Je voulais préciser les choses parce que je n'aime pas qu'il y ait malentendu à propos des lobbies. Ce que je propose de faire, c'est de prendre contact avec cette *spin-off*, puisque nous avons la chance d'avoir de la recherche et de la recherche appliquée en Belgique.

J'entends votre ouverture, nous convergeons donc sur l'intérêt en matière de santé publique et je vais peut-être suggérer qu'il puisse y avoir une suite.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Artsen met bevoegdheidscode '000'" (55038399C)

21 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médecins avec code de compétence "000"" (55038399C)

21.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, voorafgaandelijk wil ik zeggen dat ik verbaasd ben dat, hoewel ik pas op 18 september een antwoord kreeg op mijn schriftelijke vraag over de 000-artsen van april van dit jaar, er in augustus al een verwijzing naar dat antwoord op mijn vraag in een persartikel verscheen. Dat is vreemd. Blijkbaar was de pers of een bepaalde beroepsorganisatie eerder op de hoogte van het antwoord dan ikzelf. Ik zou graag vernemen hoe dat komt.

Hoe dan ook doet uw antwoord nog vragen rijzen. Zo geeft u in het antwoord op de schriftelijke vraag aan geen zicht te hebben op de plaats van tewerkstelling van de basisartsen en dat er werk gemaakt wordt van een praktijkregister. Hoever staat het met de ontwikkeling van dat praktijkregister? Wanneer zal het operationeel zijn?

Voorts zegt u daarin er niet van op de hoogte te zijn of artsen naar het buitenland zijn vertrokken, aangezien zij hun RIZIV-nummer behouden. Wanneer worden die RIZIV-nummers geschrapt? Wordt er actief gecontroleerd of zorgverstrekkers met inactieve RIZIV-nummers naar het buitenland zijn vertrokken? Worden daar internationale databanken voor gebruikt? Zo ja, welke?

Hoe evolueert het aantal basisartsen? Neemt hun aantal toe?

Hoeveel van de basisartsen met minstens één prestatie in 2021 hebben een buitenlands diploma? Hoe staat het met hun talenkennis en kennis van ons zorglandschap?

In 2021 hadden basisartsen behoorlijk veel consultaties, maar liefst 62.000. Het gaat daarbij om raadplegingen in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten. Gaat het dan om huisartsen die al vóór 1995 een praktijk hadden, of niet? Normaal zouden zij dan een RIZIV-nummer eindigend op 001 moeten hebben.

Wanneer hebben die artsen hun diploma behaald? Op welke manier zijn de verworven rechten opgebouwd? Om hoeveel artsen gaat het?

In het artikel in het onlinemagazine *De Specialist* naar aanleiding van mijn schriftelijke vraag, heeft men het over de mogelijkheid dat artsen zouden attesteren op getuigschriften van andere artsen. Dat lijkt mij niet toegelaten. Is die praktijk u bekend? Op welke manier wordt daartegen opgetreden? Hoeveel controles werden daarop gedaan? Wordt er specifiek gefocust op 000-artsen, de basisartsen?

Men heeft het in datzelfde onlinemagazine ook over de mogelijkheid dat artsen worden uitgebuit. Wordt daarop gecontroleerd? Wat zijn de vaststellingen?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal u het gros van mijn antwoord geven, maar op mijn blad staan ook mooie figuren. Ik stel dan ook voor dat mijn medewerkster u het hele antwoord doorstuurt.

In uw eerste vraag, of wij zicht hebben op de plaatsen van tewerkstelling van de 000-artsen, verwijst u naar het praktijkregister. Ik zou daarvoor willen verwijzen naar het antwoord over de uitrol van dat praktijkregister, dat ik daarnet heb gegeven aan mevrouw Fonck.

U suggereert ook dat wij het antwoord gelekt hebben aan een of andere professionele organisatie of journalist. Ik denk echter dat er een misverstand is ontstaan. Misschien dacht een medewerker van het RIZIV dat een en ander al officieel was en dat de informatie aan de journalist kon worden gegeven. De journalist heeft zijn bron niet kenbaar gemaakt. Hoe dan ook komt de informatie niet van bij ons.

Wat uw tweede vraag betreft, op het moment moeten zorgverleners zelf aangeven dat ze naar het buitenland vertrekken, aangezien wij niet over een nationale of internationale authentieke bron beschikken. Wij kunnen dus nog niet op geautomatiseerde wijze nagaan of zorgverleners naar het buitenland vertrokken zijn. Het in ontwikkeling zijnde praktijkregister zal wel gebruikmaken van authentieke bronnen met daarin de gegevens over de activiteit als loontrekkende of zelfstandige in

België, zodat RIZIV-nummers van inactieve zorgverleners gedeactiveerd kunnen worden.

Ten derde vraagt u naar de evolutie van die groep. Na een gestage toename tot 2020 – er waren 128 actieve artsen in het jaar 2013 en 495 artsen met code 000 in 2020 – lijkt het aantal artsen de voorbije twee jaar te stagneren of zelfs licht te dalen. Ik heb hier een figuur met de evolutie, die ik u kan geven. Ik merk op dat het een evolutie van de voorbije tien jaar betreft, waarbij de artsen met een bevoegdheidscode 000 werden geteld die minstens één prestatie per jaar hadden geleverd. Dat is natuurlijk een heel brede definitie.

Van de 324 artsen met een bevoegdheidscode 000 die in 2021 minstens één verstrekking hebben geattesteerd, zijn er 75 met een buitenlands basisdiploma. Ondertussen hebben 23 van die 75 artsen een RIZIV-nummer ontvangen als arts-specialist, van wie 18 als arts-specialist en 5 als arts in opleiding. Samen zijn dat 23 artsen.

In de huidige wetgeving is noch de taalkennis noch de kennis van het zorglandschap een criterium om toegang tot het beroep te verkrijgen. Dat geldt zowel voor beoefenaars die hun diploma hebben behaald in een Europese lidstaat, als voor degenen die buiten de Europese Unie hebben gestudeerd. Het is daarom momenteel niet mogelijk om een beeld te vormen van die kennis bij de artsen met bevoegdheidscode 000. Ik heb daarnet in een ander antwoord aan Franstalige leden echter al aangegeven dat ik een wetgevend kader zou willen introduceren, waardoor de vereisten met betrekking tot de taalkennis van zorgverleners wettelijk zouden kunnen worden verankerd. Ik ben nog niet zover. Ik weet ook niet of mij dat nog lukt voor de verkiezingen, maar ik hoop het.

U zegt dat er in 2021 nogal veel consultaties met de nomenclatuurcode 101010 verstrekt zijn. De nomenclatuurcode 101010 komt overeen met een raadpleging in de spreekkamer door een huisarts op basis van verworven rechten. In artikel 2 van deze nomenclatuur wordt echter verder gepreciseerd dat de verstrekkingen 101010, 102454 en 102476 aangerekend mogen worden door de houder van het artsdiploma. De verplichte ziekteverzekering komt tussen in de terugbetaling van de code 101010 als die geattesteerd is door een arts met bevoegdheidscode 001, 002, 000 of 009. De codes 000 en 009 komen overeen met een arts houder van het artsdiploma, respectievelijk artsen ingeschreven na 31 december 2004 en artsen ingeschreven tussen 1 januari 1995 en 31 december 2004. De codes 001 en 002 komen overeen met een huisarts op basis van verworven rechten, artsen ingeschreven vóór 1 januari 1995.

In 2021 waren 131 artsen met een bevoegdheidscode 000 verantwoordelijk voor 62.128 aangerekende nomenclatuurcodes 101010. De oudste inschrijving bij het RIZIV in die groep dateert van 2007. Ik kan u ter zake ook de evolutie meegeven aan de hand van een figuur. Dat ligt in lijn met de voorwaarden om de bevoegdheidscode 000 te kunnen ontvangen, dus artsen ingeschreven na 31 december 2004.

Slechts vijf van deze artsen zijn voor 2005 afgestudeerd, maar pas later effectief als arts aan het werk gegaan. Waarschijnlijk zijn dat artsen die voor 2005 afgestudeerd zijn, maar pas na 2005 effectief aan het werk zijn gegaan. Dat 000-nummer moest worden aangevraagd door de arts zelf en wordt pas toegekend op het moment waarop de arts dat vraagt. Dat is een heel kleine decalage die daar mogelijk is geweest.

U verwijst naar de publicatie in *De Specialist*. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV kreeg sinds 2022 tot heden twee specifieke meldingen binnen met betrekking tot artsen met bevoegdheidscode 000. Dat gaat niet over uitbuiting, maar over onterechte aanrekening door de betrokken artsen zelf. De dienst kreeg geen meldingen met betrekking tot het vermelde misbruik van getuigschriften voor verstrekte hulp van een zorgverlener met een andere bevoegdheidscode.

Ik geef u dat antwoord in extenso om enige nuance te brengen in datgene waarover het hier eigenlijk gaat. Er is een geschiedenis aan verbonden. Dat is geen grote groep mensen. We kunnen dat in kaart brengen. Het is goed dat u de vraag hebt gesteld, maar er is misschien het beeld ontstaan dat er iets misloopt. Ik denk niet dat dat zo is, eerlijk gezegd.

21.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik blijf toch wat ongerust. Het gaat over basisartsen, maar het zijn wel artsen die toch zes jaar gestudeerd hebben. Ik heb deze vraag gesteld omdat er mij signalen bereiken dat zij in sommige gevallen niet correct worden ingezet en gehonoreerd en dat er mogelijks ook wordt geattesteerd op naam van een collega. Dat zijn zaken die moeten worden

uitgezocht.

Ook het feit dat ik als schriftelijk antwoord kreeg dat men eigenlijk niet goed weet waar zij werken en of er artsen naar het buitenland zijn vertrokken, vond ik verontrustend, want zij mogen uiteindelijk medische handelingen doen en voorschriften maken. Wij weten echter niet goed wat zij doen en waar zij werken. U zegt dat het over een beperkt aantal gaat, maar ze zijn toch met meer dan 2.000. Er zijn er weliswaar maar 324 die iets van nomenclatuur hebben geattesteerd, maar het zou natuurlijk wel kunnen dat van de resterende groep sommigen wel degelijk onder de radar werken en eventueel attesteren op naam van een collega.

Er bereiken mij ook signalen van bijvoorbeeld mensen die als arbeidsarts of in de jeugdgezondheidszorg werken dat ook zij zo'n bevoegdheidscode 000 hebben. Doordat zij mee verdwijnen in de grote pot van basisartsen, is er veel te weinig zicht op wat zij doen en kunnen zij ook heel slecht worden opgevolgd. Ik wil dan ook vragen om heel dringend werk te maken van een praktijkregister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Ik vrees dat de minister ons nu moet verlaten.

21.04 Steven Creyelman (VB): Met alle respect, mijnheer de voorzitter, maar ik heb hier nu toch wel even gezeten zonder een vraag te kunnen stellen. Ik heb daar mijn bedenkingen bij.

De **voorzitter**: Ik begrijp en deel uw frustratie, aangezien een van de volgende vragen op de dagorde van mijzelf is. Laten we echter hopen dat u bij de eerstvolgende commissievergadering, op vrijdag 13 oktober, aanwezig kunt zijn en dat we dan vooruitgang kunnen boeken wat de vragen betreft.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.02 uur.

La réunion publique de commission est levée à 19 h 02.