

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

VENDREDI 13 OCTOBRE 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

VRIJDAG 13 OKTOBER 2023

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 26 et présidée par M. Roberto D'Amico.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.26 uur en 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**: Les deux premières questions jointes n° 55038308C de Mme Fonck et n° 55038875C de Mme Merckx sont reportées.

01 **Samengevoegde vragen van**

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan tandartsen en de instroom uit het buitenland" (55038403C)
- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Roemeense neptandartsen die zich in ons land vestigen" (55038562C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tandartsen met een buitenlands diploma" (55038594C)
- Marie-Christine Marghem aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Buitenlandse tandartsen in België" (55038936C)

01 **Questions jointes de**

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de dentistes et les arrivées en provenance de l'étranger" (55038403C)
- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'installation de faux dentistes roumains" (55038562C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dentistes titulaires d'un diplôme étranger" (55038594C)
- Marie-Christine Marghem à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les dentistes étrangers en Belgique" (55038936C)

01.01 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, welkom te midden van de 'talrijk' aanwezige parlementsleden.

Ik ben geen tandarts, maar dat is mijns inziens niet nodig om vast te stellen dat er wat problemen zijn aan de aanbodzijde in de tandheelkunde. Ik denk aan de wachttijden en de patiëntenstops bij veel tandartsen. Daarnaast levert een niet onbelangrijk deel van het toenemende aantal buitenlandse tandartsen werk van bedenkelijke kwaliteit af. Dat is bijzonder cynisch in het licht van de quota voor eigen medisch personeel en eigen tandartsen. Die quota zijn niet van toepassing op bijvoorbeeld Tunesiërs met een op de groentemarkt in Roemenië aangekocht diploma, die hier aan de slag gaan.

Is het mogelijk om een contingent voor buitenlandse artsen in te voeren? Overweegt u dat? Overweegt u om een taalttest in te voeren? Zo ja, wat is de stand van zaken en zal de uitslag van zo'n test bindend zijn?

De media berichtten dat veel Tunesische onderdanen met een Roemeens diploma naar België zijn uitgeweken, sinds Frankrijk een stagejaar heeft ingevoerd voor buitenlandse tandartsen. Ons land is dus het al dan niet gewillige slachtoffer van de wet van de weg van de minste weerstand. Hebt u dat ook vastgesteld? Wilt u ook zo'n stagejaar voor buitenlandse tandartsen invoeren?

U hebt ook gesprekken gevoerd met Roemenië. Kunt u daar wat toelichting bij geven? Zijn daar concrete zaken uit voortgekomen?

BVAS stelt in haar blad *De Specialist* een zekere discrepantie vast tussen het kadaster van het RIZIV, waarin men een toename van het aantal artsen optekent, en de situatie op het terrein, waar er een tekort aan artsen is. Zij vraagt zich af of de 10.000 ingeschreven buitenlandse artsen nog effectief aan het werk zijn in ons land. Hebt u daar zicht op? Het is immers relatief moeilijk om accuraat RIZIV-quota te bepalen, indien men geen zicht heeft op het effectieve aantal actieve artsen in ons land.

01.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, comme Mme Zanchetta n'est pas présente, je répondrai uniquement aux questions de M. Creyelman, qui portent sur le même sujet.

Ik wil mij trouwens verontschuldigen omdat ik u vorige keer heb laten wachten, mijnheer Creyelman.

Ten eerste, kunnen we een contingent voor buitenlandse tandartsen invoeren? De contingentering bestaat erin dat men toegang tot een stageplaats moet hebben om een van de drie in België erkende beroepstitels van algemeen tandarts, orthodontist of paradontoloog te verwerven. De beperking geldt enkel voor de houders van een diploma afgeleverd door een Belgische universiteit. De belangrijkste stroom van buitenlands opgeleide tandartsen komt volledig opgeleid aan in België en specialiseert zich niet in België. De Europese mobiliteits- en evenredigheidsrichtlijnen staan niet toe om de mobiliteit van de Europese beroepsbeoefenaars te beperken. Wij kunnen dat dus niet doen in het bestaande Europese rechtsstelsel. Bovendien is een contingentering in de praktijk niet echt een goede oplossing.

U vraagt of ik overweeg om een taalttest in te voeren en wat de stand van zaken is. Ik pleit inderdaad uitdrukkelijk voor de invoering van een taalttest en ik wil daar ook werk van maken. Daarmee pas ik slechts de vereiste van de richtlijn 2005/36 van de Europese Gemeenschap toe, die toelaat een taalttest in te voeren. Als onderdeel van een aanvraag tot vestiging in België en onafhankelijk van de erkenning van beroepskwalificaties, zal de migrerende beroepsbeoefenaar moeten bewijzen dat hij voldoende kennis heeft van de nationale taal, op dezelfde manier als onze nationale beroepsbeoefenaars.

Het niveau van de taalvereisten moet volgens mij specifiek bepaald worden voor elk beroep in de gezondheidszorg. Mijn bedoeling is dat de taalkennis moet worden bewezen bij de uitreiking van het visum om het beroep te kunnen uitoefenen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen aan de hand van het diploma of een certificaat van taalkennis. Ik laat nu dus onderzoeken hoe dat kan worden toegepast op alle gezondheidszorgbeoefenaars en op welk niveau dat kan gebeuren.

Ik heb de idee opgevat dat dat nu echt nodig is, maar ik heb dat nog niet op de tafel van de regering gelegd. Ik hoop dus dat mijn collega's mij daarin willen volgen. We hebben het dus nog niet besproken. Ik hoop dat we tijd genoeg hebben om, als we het erover eens zijn, de taalttest voor gezondheidszorgbeoefenaars praktisch uit te werken, want ik ben er alsmaar meer van overtuigd dat zo'n taalttest echt wel belangrijk is.

Uw derde vraag ging over de Tunesiërs. Het klopt dat een aantal Tunesiërs met een Roemeens diploma een wederkerend fenomeen is bij de nieuwe erkenningen. Dit jaar waren er tot nu toe zo'n 25 dossiers.

U verwees naar het Franse voorbeeld. Ik meen dat het interessant is om dit verder te onderzoeken. Het is echter absoluut niet evident dat een lidstaat zomaar beperkingen oplegt aan buitenlandse tandartsen wanneer het diploma van die buitenlandse tandartsen uit derde landen op basis van de Europese wetgeving gelijkgesteld is. Op Europees niveau gelden namelijk minimumnormen waaraan de opleidingen voor tandarts binnen de EU moeten voldoen. Mocht er een probleem zijn met deze minimumnormen, dan moeten wij die eigenlijk op Europees niveau herbekijken.

U vroeg hoe het zit met het Roemeense dossier. Mijn medewerkers hebben meermaals contact gehad met de Roemeense ambassadeur in België. Onze ambassadeur in Boekarest heeft de zaak ook aangekaart bij het Roemeense ministerie van Buitenlandse Zaken. Volgend op deze contacten hebben

de Roemeense ministeries van Onderwijs en van Volksgezondheid zich ertoe geëngageerd om de zaak van naderbij te onderzoeken, op basis van de elementen die in de Belgische pers verschenen zijn en op basis van de elementen die wij hun aanreiken. Ik plan hierover ook een gesprek met mijn Roemeense collega in de marge van de eerstvolgende Epsco-raad in Brussel, op 30 november.

U zei ook dat de BVAS een discrepantie vaststelt tussen het kadaster van het RIZIV, waarin het aantal artsen toeneemt, en het terrein, waar zich een tekort aan artsen voordoet. Er is inderdaad een register van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg dat wordt beheerd door de FOD Volksgezondheid. Daarin zijn de beroepsbeoefenaars opgenomen die gerechtigd zijn om diensten te verlenen.

De federale Planningscommissie-medisch aanbod is een adviesorgaan dat de quota voor artsen en tandartsen vastlegt op basis van gedetailleerde statistische analyses van het beroep. De eerste stap is het verkrijgen van een duidelijk beeld van de beroepsactiviteit van alle tandartsen en dokters in België. Vervolgens worden scenario's voor veranderingen in het personeelsbestand gedefinieerd op basis van het projectiemodel. Dit werk maakt het mogelijk om te voorspellen hoeveel tandartsen en artsen toegang zullen hebben tot een opleidingsplaats. Deze oefening is net bijgewerkt voor artsen, op de website van de FOD Volksgezondheid. De commissie staat op het punt te beginnen met het bijwerken van de gegevens over de activiteit van tandartsen.

Ik nodig u uit deze verschillende studies te raadplegen, zodat u per specialiteit kunt vaststellen dat buitenlanders verhoudingsgewijs minder vaak actief zijn in België, en als zij dat al zijn, is hun activiteitsniveau in het kader van de ziekteverzekering lager dan dat van beroepsbeoefenaars die in België zijn opgeleid.

Daarmee bedoel ik niet dat dit geen issue is, maar de realiteit is toch redelijk genuanceerd.

01.03 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, voldoende aanbod is een aspect van de kwaliteit van de zorg waarop u terecht veel nadruk legt. Feit is natuurlijk ook dat de kwaliteit van de zorg voor een heel groot stuk samenhangt met het feit dat de patiënt zich moet kunnen uitdrukken in zijn eigen taal. Ook dat aspect heeft naar mijn mening rechtstreeks invloed op de kwaliteit van de zorg. De arts en tandarts moeten hun patiënt begrijpen en vice versa. Een patiënt moet zijn tandarts immers kunnen uitleggen wat er precies aan de hand is. Dan hebben we het nog niet gehad over de kwaliteit van bepaalde tandartsen, want ik heb mij laten vertellen dat die van bedenkelijke aard is. Achterpoortjes waarbij medisch personeel – in dit geval tandartsen – zijn weg kan vinden naar ons land zonder notie te hebben van een van de landstalen zijn een recept voor ongelukken. Die moeten we te allen prijze vermijden. Daar zijn we het over eens.

Mij lijken dus twee dingen voor de hand te liggen. Ik ben blij dat u meegaat in een bindende taalvoorwaarde. Ik ben ook blij dat u dat op de tafel legt. Daarnaast moet er een contingent voor buitenlandse artsen komen, zoals dat er voor onze artsen en tandartsen is, ook al moet u daarvoor misschien overleggen met uw buitenlandse collega's. Daar moet serieus over worden nagedacht.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

02 **Samengevoegde vragen van**

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vergoeding van pruiken voor personen die als gevolg van een aandoening kaalhoofdig zijn" (55038445C)

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van stoffen accessoires bij alopecia of haarverlies na een behandeling" (55038449C)

- Laurence Zanchetta aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van bepaalde aan borstkanker verbonden kosten" (55038631C)

02 **Questions jointes de**

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des perruques pour les personnes devenues chauves à la suite d'une maladie" (55038445C)

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des accessoires en tissu en cas d'alopecie ou perte de cheveux après un traitement" (55038449C)

- Laurence Zanchetta à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge de certains frais liés au cancer du sein" (55038631C)

02.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, 65 % van de patiënten die getroffen worden door kanker, lijden als gevolg van hun behandeling, met inbegrip van chemotherapie en radiotherapie, aan alopecia of kaalhoofdigheid. De overheid heeft in het verleden voorzien in de terugbetaling van een haarprothese van 180 of 270 euro. Dat is uiteraard heel goed.

Een pruik is echter niet het enige hoofddeksel dat wordt gebruikt. Heel wat patiënten verkiezen een andere vorm van hoofdbedekking dan een pruik, zoals een hoed of een tulband. Ik diende samen met de collega's Leysen, Gilson, Hennuy en Creemers een wetsvoorstel in om een gelijke regeling te bekomen inzake tegemoetkoming voor deze alternatieven.

Ik stel nu vast dat er een KB is dat deze alternatieven beschouwt als accessoires en dat het KB voor deze accessoires voorziet in een vergoeding van 25 euro, waardoor opnieuw de keuze van de patiënt gehypothekeerd zal zijn.

Mijnheer de minister, waarom worden de alternatieve hoofddeksels omschreven als accessoires en niet als een medisch hulpmiddel? Waarom wordt er geen gelijke terugbetaling voorzien voor de alternatieve vormen van hoofdbedekking. Waarom wordt de vergoeding beperkt tot 25 euro? Vindt u dat de overheid de keuze van de patiënt mee moet bepalen, door het ene hoofddeksel meer te vergoeden dan het andere?

02.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mijnheer de voorzitter, collega, mijn antwoord is deels in het Frans.

La nomenclature existante prévoit déjà une intervention pour l'achat d'une perruque. Les patients peuvent également choisir de porter un foulard, une casquette ou un bonnet après la perte de cheveux. Cependant, aucune intervention n'est prévue en ces différents cas, alors qu'il s'agit d'une solution valable pour de nombreux patients. C'est pourquoi j'ai demandé d'adapter la nomenclature afin de contribuer à ces achats, et ce, en tenant compte du budget existant.

De werkgroep Medische Hulpmiddelen van de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen heeft een voorstel uitgewerkt dat op 4 september 2023 is voorgelegd aan het Verzekeringscomité. U verwees daar al naar. Het voorstel is goedgekeurd en kan in principe zijn weg volgen. Ik heb de verschillende reacties hierop, die in lijn liggen met uw reactie, echter goed beluisterd. Het is niet de bedoeling een keuze te maken voor de patiënt, maar om haar of hem de mogelijkheid te bieden om toegang te hebben tot een of meer alternatieven.

Ik heb dan ook besloten aan het RIZIV en aan de werkgroep Medische Hulpmiddelen te vragen om het voorstel aan te passen in die zin dat er ook een hogere tegemoetkoming kan zijn voor een aangepaste hoed op maat, maar wel nog altijd in een budgettair neutraal kader. Ik wil graag eerst hieromtrent stappen vooruitzetten. Een eventuele indexering is te overwegen indien er budgettair ruimte is.

En ce qui concerne l'achat de maillots de bain et de soutiens-gorges adaptés, une intervention dans ces coûts n'est actuellement pas envisagée.

Ik voeg er nog het volgende aan toe.

Mijnheer De Caluwé, ik heb die vragen vanzelfsprekend gesteld. Het gaat soms om producten die erg duur zijn, afhankelijk van de winkel waarheen iemand gaat. Het idee is natuurlijk niet dat de hele kostprijs kan worden gevolgd, maar dat er een zekere tegemoetkoming wordt gegeven, al was het maar als een signaal van begrip en billijkheid.

02.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw hoopgevende antwoord. Ik heb heel goed geluisterd naar wat u hebt geantwoord.

Ik weet niet of u het weet, maar de verpleegkundigen Esthetische Zorg van het Jules Bordet Instituut ontvangen elk jaar ongeveer 600 patiënten die met haaruitval te maken hebben. Zij hebben een bevraging bij hun patiënten gedaan. Maar liefst een op drie wil liever voor een alternatief voor de pruik kiezen.

Ik begrijp de reactie en vrees dat de terugbetaling van de hoeden niet budgetneutraal zou zijn. Ik ben daar ook niet van overtuigd, omdat nu heel veel mensen van dat ene derde een pruik aankopen die daarna in de kast beland en die veel liever een hoed zouden hebben. Ik ben inderdaad niet overtuigd dat wij op die manier het budget zouden doen toenemen. Mijn oproep is dus om mensen de keuze te laten. Laat ons naar een zo gelijk mogelijke terugbetaling zoeken.

Ik ben heel blij dat u bent teruggegaan naar het RIZIV, om de kwestie aan te kaarten.

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

Le **président**: Les questions n° 55038449C de Mme Fonck et n° 55038631C de Mme Zanchetta sont sans objet.

03 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De berekening van de maximumfactuur en de bijdrage van de regio's" (55038550C)

03 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le calcul du maximum à facturer et la contribution des Régions" (55038550C)

03.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, in het kader van de zesde staatshervorming werd bepaald dat tijdens de overgangperiode tot 31 december 2023 de remgelden van een aantal overgedragen bevoegdheden in de maximumfactuur zouden worden opgenomen en dat de financiering ervan door de deelstaten via de dotatie van de federale overheid aan de regio's zou worden verrekend. Er moet nu in principe dus een duurzaam systeem komen.

Mijnheer de minister, is er een duurzame regeling in de maak? Zo ja, hoe ziet die eruit? Zijn de rechten van de sociaal verzekerden gewaarborgd? Wat is de financiële bijdrage van de regio's hierin in de toekomst?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, de interministeriële conferentie Volksgezondheid stemde op 13 september in met een ontwerp van samenwerkingsakkoord tussen de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie betreffende de maximumfactuur, de forfaitaire toelagen voor chronisch zieken en het statuut van personen met een chronische aandoening. Dat zijn drie belangrijke dossiers met betrekking tot sociale bescherming.

Het samenwerkingsakkoord zal in werking treden op 1 januari 2024 en heeft tot doel om het behoud van rechten voor de patiënt te garanderen en rechtszekerheid voor alle betrokken partijen te bieden. Dat zal gebeuren door het opzetten van een interfederale teller voor de maximumfactuur, waarin alle remgelden worden opgenomen zoals voorheen in de federale teller. Daarnaast wordt ook de gegevensdeling in het kader van de forfaitaire toelage voor chronisch zieken en het statuut van de persoon met een chronische aandoening geconsolideerd.

De verzekeringsinstellingen zullen voor de toepassing van de maximumfactuur dus twee tellers beheren. De eerste teller omvat de persoonlijke aandelen, de remgelden, voor de verstrekkingen inzake gezondheidszorg die tot de bevoegdheid van de federale overheid behoren. Daarnaast zullen de verzekeringsinstellingen voor elk gezin ook een interfederale teller bijhouden, die zowel de federale persoonlijke aandelen als de persoonlijke aandelen van de deeltentiteiten bevat. Op basis van de interfederale teller zullen de verzekeringsinstellingen bepalen of het voor een gezin toepasselijke remgeldplafond is bereikt en vervolgens de persoonlijke aandelen die het remgeldplafond overschrijden, terugbetalen.

Om de vergoeding te bepalen die de deeltentiteiten schuldig zijn aan de federale overheid, zal worden gekeken naar wat globaal genomen de relatieve verhouding is tussen de federale persoonlijke aandelen versus de persoonlijke aandelen van de deeltentiteiten en zullen vervolgens de uitgaven in de MAF worden verdeeld tussen enerzijds de verplichte verzekering en anderzijds de deeltentiteiten, conform de relatieve verhouding.

Om de uitgaven van de federale overheid voor de forfaitaire toelage en de gevolgen van het statuut te compenseren, wordt voorgesteld om de gemiddelde vergoeding voor de maximumfactuur voor de periode 2016-2019 als een minimumvergoeding te beschouwen. Die vergoeding zal verschuldigd zijn door de deeltentiteiten als de werkelijke afrekening voor de maximumfactuur minder bedraagt ter compensatie van de uitgaven van de federale overheid voor de forfaitaire toelage en ten gevolge van het statuut van personen met een chronische aandoening.

Op die manier hebben we een dossier waarvan de behandeling al zeer lang aansleept, uiteindelijk goed opgelost en is, alweer, de stilstand doorbroken.

03.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u voor de uitgebreide toelichting en voor het werk dat u in het dossier hebt verzet. Ik ben blij dat er een oplossing is.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55038597C de Mme Creemers est sans objet.

04 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ondersteunende GGZ-beroepen" (55038654C)

04 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les professions de support en santé mentale" (55038654C)

04.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, over de ondersteunende GGZ-beroepen heb ik al veel vragen gesteld. Periodiek kom ik daarmee terug om naar een stand van zaken te vragen.

In dit geval is het naar aanleiding van de recente opstart van een opleiding voor psychologisch consulenten in Limburg, waar 500 jongeren zijn gestart, wat duidt op zeer grote interesse voor het beroep. De vraag naar psychologische hulpverlening blijft stijgen. De ondersteunende GGZ-beroepen zijn, omwille de nabijheid die we toch willen creëren en omdat we meer op ambulante zorg willen inzetten, een belangrijk gegeven. Wie een bacheloropleiding heeft gevolgd, kan volgens mij gemakkelijker bij de patiënt aan huis gaan. Daarvoor kunnen we hen inzetten.

Er bestaat echter nog steeds geen duidelijkheid over hun profiel en erkenning. Het advies van de Federale Raad voor geestelijke gezondheidszorgberoepen dateert nochtans al van april 2022. Naar

aanleiding van dat advies hebt u aangekondigd dat u het zou analyseren en het nodige overleg zou opstarten. In april 2023 zei u me dat er op dat moment andere prioritaire dossiers waren. Daarom vraag ik mij af hoe het daar nu mee staat.

Daarnaast wil ik ook vragen naar de autonome erkenning van en een duidelijk wettelijk kader voor psychotherapeuten. De wet op de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de WUG, erkent psychotherapie in principe als behandelvorm, maar behoudt die oefening voor aan klinisch psychologen en orthopedagogen, hoewel er heel wat psychotherapeuten aan de slag gaan. Ik ben daarnaast geen voorstander van lifecoaches die een bordje aan hun gevel hangen en proberen de mensen vooruit te helpen. Ik vind dat de nodige erkenning er moet zijn. Psychotherapeuten hebben soms meer opleidingen bij erkende opleidingsinstellingen gevolgd dan een psycholoog of orthopedagoog. Daarom vraag ik naar een autonome erkenning van de psychotherapeut die degelijk wordt opgeleid, aangezien die behandelvorm in de WUG wordt erkend.

Mijnheer de minister, hoe staat het met de erkenning van de ondersteunende GGZ-beroepen? Zijn er al nieuwe ontwikkelingen?

Hoe staat u tegenover een autonome erkenning van de psychotherapeut als GGZ-beroep en een duidelijk wettelijk kader binnen de WUG?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, u hebt zelf al gezegd dat u hier al vaak op bent teruggekomen. Ik moet u een ietwat frustrerend antwoord geven, omdat ik u op dit ogenblik geen nieuwe ontwikkelingen kan melden in verband met de ondersteunende GGZ-beroepen.

De situatie rond de professionele stage voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen is complex. Ik geef prioriteit en middelen aan het afronden van dit dossier, opdat de stage van start kan gaan vanaf 2024. Dat is op dit moment mijn belangrijkste zorg in dit specifieke professionele domein. Ik kan u dus nog geen timing geven in verband met het dossier van de ondersteunende GGZ-beroepen noch psychotherapie.

Ik wil mij echter wel engageren voor het volgende: zodra de professionele stage voor klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen ingaat, zullen deze dossiers opnieuw worden opgenomen.

04.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, de frustratie zit eerder bij de mensen zelf, maar natuurlijk zou ik willen dat het dossier vooruitgaat. Ik heb al wetsvoorstellen ingediend in 2020. Daarna hebben wij het advies afgewacht en nu wachten wij af tot uw kabinet de tijd en de ruimte heeft om het aan te pakken. Dat is niet altijd evident. Ik heb ook nog op kabinetten gewerkt, dus ik kan ervan meespreken. Ik heb tien jaar dat werk gedaan, dus ik weet dat er heel veel werk is, maar ik ben ervan overtuigd – ik zeg dat ook niet zomaar – dat wij hen zeer nuttig zullen kunnen inzetten, omdat voor psychologen en orthopedagogen die ambulante vorm minder evident is.

Ik geloof er nogal in dat die bachelors en zelfs de psychiatrische verpleegkundigen in die nabijheid veel beter werk kunnen doen dan wat kan worden gedaan wanneer wij de mensen heel snel naar instellingen en sterke professionele hulp sturen. Wij kunnen ook een besparing realiseren als wij die mensen aan het werk zetten, ook in een erkend zelfstandig kader.

Ik hoop echt dat u begin volgend jaar, als de stage loopt en ik u waarschijnlijk opnieuw zal bevragen, zult zeggen dat u het dossier nu onder de loop neemt en dat u hier nog werk van kunt maken voor de verkiezingen. Ik zal er zeker op terugkomen, omdat hier zeer grote nood aan bestaat, zowel bij de patiënten als bij de mensen die dit nuttig werk vandaag verrichten op de arbeidsmarkt.

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

05 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IFIC-inschaling van kinesitherapeuten" (55038675C)

05 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'insertion des kinésithérapeutes dans le classement IFIC" (55038675C)

05.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, op dit ogenblik worden kinesitherapeuten in loondienst ingeschaald op IFIC 15. IFIC kwam uiteraard tot stand na overleg tussen werknemers en werkgevers, toen kinesitherapie nog een paramedisch beroep was met een driejarige opleiding. Vandaag is kinesitherapie echter een medisch beroep met een vijfjarige universitaire opleiding in Vlaanderen en vier of vijf jaar in Wallonië.

Op het moment van de invoering van IFIC konden de betrokkenen kiezen om niet in te stappen in het systeem, wat alle kinesisten op masterniveau hebben gedaan. Wie nu begint te werken of wie een promotie maakt tot adjunct- of hoofdkinesitherapeut, moet verplicht instappen in IFIC en wordt ingeschaald op IFIC 15, wat een loonverlies betekent van 10 à 15 %.

Wie kijkt naar de psychologen, die ook een vijfjarige opleiding hebben genoten, ziet dat zij zijn ingeschaald op IFIC 16. Kinesitherapeuten in universitaire ziekenhuizen hebben vaak een belangrijke expertise, waarvoor zij op dit moment niet worden gehonoreerd, terwijl de verpleegkundige expert zelfs is ingeschaald op IFIC 17.

Mijnheer de minister, daarom had ik graag van u het volgende vernomen.

Hoe evalueert u de IFIC-inschaling van de nieuwe kinesitherapeuten in loondienst? Bent u van mening dat zij in de juiste schaal zijn ondergebracht? Indien niet, zal u proberen actie te ondernemen, om hen in te schalen op een hoger niveau, dat bijvoorbeeld overeenstemt met de inschaling van de psychologen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mijnheer De Caluwé, zoals u aangeeft in de vraag, is de IFIC-inschaling met het classificatiesysteem en de barema's die eraan worden gekoppeld, opgezet door de sociale partners. Het beheer ervan komt dan ook volledig toe aan de sociale partners.

De redenering daarachter is dat het loon de tegenprestatie is van de uitvoering van het werk. Het komt dus enkel aan de partijen uit de arbeidsovereenkomst toe om het bedrag van de verloning en de bijhorende voorwaarden vast te stellen op individueel niveau en, indien van toepassing, ook op sectoraal niveau. De overheid is daarbij slechts zijdelings betrokken, namelijk als financier of voor de publieke sector door het sluiten van de sociale akkoorden waarin de financieringsvoorwaarden worden vastgelegd.

Het IFIC-systeem is een sectoraal analytisch classificatiesysteem, dat functies beschrijft en weegt op basis van zes criteria, om zo neutraal en objectief mogelijk te bepalen wat de minimumverloning is waarop de werknemers die de functie uitoefenen, recht hebben.

Daarvoor wordt het accent gelegd op de inhoud en de taken van de functie en niet meer voornamelijk op de diploma's. Hierdoor wordt de verloning bovenal bepaald door de uitgevoerde functie. Daaraan werd ook een systeem van onderhoud gekoppeld, zodat de IFIC-classificatie evolutief kan zijn, volgend op ontwikkelingen die een bepaalde functie ondergaat.

De lijst met te onderhouden IFIC-functies wordt jaarlijks door de sociale partners opgesteld. Deze lijst wordt samengesteld op basis van objectieve criteria, zoals de juridische conformiteit, het aantal betrokken werknemers, de datum van laatste onderhoud enzovoort. De input van op het terrein, van vakbonden, HR-diensten, instellingen en beroepsorganisaties vormt de eerste basis om de noden te identificeren betreffende de te onderhouden functies. Het zijn zij die een aanvraag tot onderhoud kunnen indienen. Ik zal IFIC vzw wel informeren over de kwestie, maar jammer genoeg kunnen hier geen formele gevolgen aan worden gekoppeld.

05.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u, mijnheer de minister.

Ik deel uw analyse dat het de sociale partners toekomt hiermee aan de slag te gaan en dat de rol van de politiek zich beperkt tot het eventueel signaleren van problemen, die wellicht de beroepsverenigingen zelf al hebben gekregen. Het is goed dat u dit zult aankaarten bij IFIC vzw, dat daarmee dan aan de slag kan gaan. Laten we hopen dat er voor deze mensen een degelijke oplossing uit de bus komt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: Les questions jointes n° 55038705C et n° 55038759C de Mmes Marghem et Hennuy sont reportées. Il en va de même pour les questions jointes n° 55038726C et n° 55038765C de M. Creyelman et de Mme Depoorter.

06 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een cannabisbureau" (55038740C)

06 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'un bureau du cannabis" (55038740C)

06.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, patiënten met ALS in een gevorderd stadium kunnen alleen enige rust krijgen en hun spierspasmen minderen met medicinale cannabis die ze in Nederland kunnen verkrijgen. Er is dus echt wel sprake van medische noodzaak. Dat heeft mij ertoe gebracht, daarin gesteund door een aantal collega's en gebaseerd op een vraag van de ALS Liga, om in de vorige legislatuur een wetsvoorstel in te dienen, dat uiteindelijk werd goedgekeurd en dat ertoe strekte om een cannabisbureau voor wetenschappelijk onderzoek en medicinale doeleinden op te richten. Dat betekent inderdaad een stap vooruit voor alle patiënten, waaronder ALS-patiënten, die momenteel in België onvoldoende of geen toegang hebben tot medicatie op basis van cannabis.

U had mij gezegd dat de oprichting van het bureau vertraging opliep ten gevolge van de coronapandemie. Naar aanleiding van de beleidsnota gaf u aan dat het FAGG de zaak onderzocht en voorbereidde. Ik hoop dat het bureau eindelijk wordt opgericht, zodat patiënten die er nood aan hebben, en andere belanghebbenden eindelijk toegang tot medicinale cannabis krijgen, uiteraard op voorschrift. Op die manier is de kwaliteit van het product gegarandeerd en krijgt men niet de indruk als drugskoerier te fungeren als men in Nederland cannabis moet halen voor zwaar zorgbehoevende patiënten.

Mijnheer de minister, hoe ver staan uw administratie en het FAGG met de oprichting van het cannabisbureau? Kan dat deze legislatuur nog zijn beslag krijgen? Welke voorbereidende stappen werden al gedaan? Welke moeilijkheden vertragen eventueel de uitrol van het cannabisbureau?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, het is mijn bedoeling om het uitvoeringsbesluit tot oprichting van het cannabisbureau te finaliseren voor het einde van de legislatuur. Ik wil daarbij wel beklemtonen dat de focus in eerste instantie ligt op het vergunnen van de teelt van medicinale cannabis met het oog op wetenschappelijk onderzoek. Later zal op basis van nog te definiëren behoeften de scope verder uitgebreid kunnen worden. Momenteel is de aflevering van medicinale cannabis nog verboden. Het medisch gebruik van cannabis staat in die zin los van de oprichting van het cannabisbureau.

Het uitvoeringsbesluit wordt momenteel voorbereid door mijn diensten. Eens dat gefinaliseerd is, kan het de normale wetgevingsprocedure volgen.

De covidpandemie en andere prioriteiten, zoals beschikbaarheden, hebben de oprichting van het Cannabisbureau vertraagd. Mijn diensten werken voort om de oprichting van het bureau voor het einde van de legislatuur rond te krijgen.

06.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben tevreden over uw voornemen om voor het einde van de legislatuur de uitvoeringbesluiten inzake het Cannabisbureau voor het vergunnen van de teelt voor wetenschappelijk onderzoek te finaliseren. Ook al zegt u dat een en ander daar los van staat,

wetenschappelijk onderzoek gebeurt niet in het luchtledige, maar moet bepaalde medicatie op termijn beschikbaar maken. Dat neemt niet weg dat ALS-patiënten nog geen medicinale cannabis ter beschikking hebben. Nochtans is medicinale cannabis vandaag toegestaan voor MS-patiënten in de vorm van het middel Sativex.

Mijns inziens moeten we een verruiming van het gebruik overwegen naar kinderen met epilepsie en ALS-patiënten en moeten er doelgroepen worden gedefinieerd waarvoor medicinale cannabis toegelaten is, los van het Cannabisbureau. Vandaag is Sativex al toegestaan, maar het is niet altijd afdoende voor MS-patiënten, noch wordt het terugbetaald. Wij moeten daar echt over nadenken; ik verwijs naar de aandoenlijke noodkreet van patiënten die amper kunnen slikken en spreken, terwijl medicinale cannabis hun permanente spasmen verzaht.

Ik ben verheugd dat er voor het einde van de legislatuur een en ander zal bewegen. In de toekomst moet er ook worden gezorgd voor een verruiming van de patiëntengroepen, ruimer dan alleen de MS-patiënten.

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik deel uw bekommering over het probleem. Waar mogelijk probeer ik oplossingen te vinden voor specifieke patiëntengroepen. Het zijn geen gemakkelijke discussies met de farmaceutische industrie, maar misschien bieden sommige farmaceutische specialiteiten een antwoord.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aanstelling van H. Malonne als administrateur-generaal bij het FAGG" (55038781C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nomination de M. Malonne au poste d'administrateur général de l'AFMPS" (55038781C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, in september werd Hugues Malonne benoemd tot administrateur-generaal van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten. Hij was daar eerder al administrateur-generaal ad interim. Malonne is nochtans geen onbesproken figuur. In 2020 werd hij opgeroepen voor een hoorzitting in deze commissie, na berichten in de pers over een miljoenendeal bij de aankoop van serologische covidtesten bij de firma DiaSorin. Hij zou deze testen ver boven de marktprijs betaald hebben en een heronderhandeling achteraf was nodig. Daarnaast werd hij ook nog beschuldigd van belangenvermenging, omdat het labo waar zijn partner werkzaam was de validatie van deze test uitvoerde. Niet alleen was er sprake van belangenvermenging, maar de validatieprocedure bleek ook onwettig te zijn.

Is het volgens u gepast iemand met een belangenconflict te benoemen als administrateur-generaal van het FAGG?

Hoe werd bepaald dat het klinisch labo waar de partner van Malonne werkte de validatie van de serologische testen van DiaSorin mocht uitvoeren?

Het parket van Brussel startte een onderzoek naar Malonne wegens belangenvermenging, na tussenkomst van de anticorruptiedienst van de politie, aldus de kranten in 2020. Kunt u dit bevestigen en kunt u hier meer uitleg over verschaffen? Is het verslag van de audit door de FIA, uitgevoerd in de nasleep van deze zaak, beschikbaar en kunt u ons dat of een link daarnaar bezorgen?

Volgens een artikel van *Knack* in 2020 veranderde Malonne eigenhandig de manier van valideren van testen door labs. Nochtans zou dit volgens Etienne Cavalier, voorzitter van de Vereniging voor Laboratoriumgeneeskunde, onwettig zijn. Kunt u hier verdere toelichting over geven?

Is Malonne wel geloofwaardig, gelet op het feit dat hij verklaarde dat de DiaSorintesten een sensitiviteit en specificiteit van 100 % hebben, terwijl dat helemaal niet waar bleek te zijn?

Gelet op het feit dat Malonne tijdens de covidcrisis de klinische labs deed steigeren en hen tegen zich in het harnas joeg, wil ik graag weten of u vindt dat hij de geschikte persoon is voor de job en onafhankelijk kan werken. De selectieprocedure voor een nieuwe administrateur-generaal moest worden herhaald. Nam de heer Malonne ook al deel aan de eerste selectieprocedure en was hij toen geen geschikte kandidaat? Hoe is dat precies verlopen?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, we volgen het resultaat van de selectieprocedure zoals die verlopen is. Een audit heeft aangetoond dat ten tijde van de crisismaatregel waarnaar u verwees, er geen onrechtmatige bevoordeling is geweest.

Ik zal nu antwoorden op uw tweede vraag. Door de uitzonderlijke omstandigheden van de covidcrisis werd gevreesd dat de wereldwijde vraag naar antilichaamtesten het aanbod veruit zou overtreffen, zoals dat eerder het geval was voor SARS-CoV-2 PCR-testen. Daarom werd het nodig geacht om zo snel mogelijk voldoende serologische testen veilig te stellen.

In plaats van voor de aankoop van deze testen enkel te vertrouwen op de prestatiegegevens van de fabrikant werd een extra validatiestap uitgevoerd met de hulp van de Belgische laboratoria voor klinische biologie. In april 2020 werden de klinische laboratoria door Sciensano opgeroepen om zich daarvoor kandidaat te stellen. Het klinisch laboratorium van het HIS-IZZ was gekwalificeerd, uitgerust met de correcte toestellen en in het bezit van voldoende stalen om op de kortst mogelijke termijn de validatie van de DiaSorintest uit te voeren. Ook andere Belgische laboratoria hebben die DiaSorintest trouwens gevalideerd. Merk bovendien op dat een latere audit van de FIA besloot dat er geen aanwijzingen waren voor wettelijke of deontologische inbreuken met als oogmerk de onrechtmatige bevoordeling van derden bij de toewijzing van de validatie van de DiaSorintest.

Ik zal nu antwoorden op uw derde vraag. Aangezien ik geen betrokken partij ben, kan ik u geen informatie bezorgen over de voortgang van het onderzoek.

Wat uw vierde vraag betreft, op vraag van het FAGG voerde de FIA in juni en juli 2020 een interne audit uit rond het thema 'aankoop en verificatie serologische tests COVID-19-crisisbeheersing'. Aan het einde van de audit werd een auditrapport naar het FAGG gestuurd. Dit rapport is beschikbaar en valt onder passieve openbaarheid van bestuur. We zullen het niettemin ter beschikking stellen van het Parlement en dus zelf overmaken. De aanbevelingen die in de audit stonden, zijn ook ter harte genomen door het FAGG en worden opgevolgd door zijn management.

Ten vijfde, u had het over een artikel in *Knack*. Ik kan u daar het volgende op antwoorden: er is nooit enige beperking opgelegd om eigen validaties uit te voeren. Integendeel, die zijn door enkele Belgische klinische laboratoria herhaaldelijk gedaan. De resultaten daarvan werden gepubliceerd. Het FAGG heeft geheel geen rol gespeeld in laboratoriumspecifieke validaties.

Ten zesde, de eerste Belgische validatiestudie, eind april 2020, toonde inderdaad de zeer hoge specificiteit en gevoeligheid aan van de Sars-CoV-2/S1/S2IGG-test van DiaSorin. Deze test werd daarom ook toegevoegd aan de lijst met aanbevolen serologische testen van het FAGG en Sciensano. Na kritiek van het tweede Belgische lab op de prestaties van deze test hebben de inspectiediensten van het FAGG de ruwe data van beide labs opgevraagd. De kritiek van het tweede lab bleek ongegrond en voornamelijk gebaseerd op data waarin een aantal tekortkomingen werd vastgesteld. Bovendien voerde een derde onafhankelijk Belgisch lab op vraag van het FAGG de validatietesten opnieuw uit en het bevestigde daarbij de initiële validatiegegevens. Nadien werden nog verschillende andere Belgische studies, onder andere het Nationaal Referentiecentrum voor Respiratoire Pathogenen in het UZ Leuven, en internationale validatiestudies van de DiaSorintest gepubliceerd, waarin de goede prestaties van de test bevestigd werden. De DiaSorintest werd daarom ook gebruikt in tal van andere landen.

Ten zevende, de heer Malonne zal ook als de hoogste leidinggevende ambtenaar objectief en onpartijdig moeten werken, zoals hij deed tijdens de voorbije jaren toen hij DG was binnen het FAGG, zowel van het DG Post als van het DG Pre.

Ten achtste, de selectieprocedure die op 8 september tot de aanstelling door de ministerraad van de heer Malonne in de functie van administrateur-generaal van het FAGG heeft geleid, was de derde

procedure. De twee voorgaande procedures hadden geen geschikte kandidaat opgeleverd.

De selectieprocedures voor managementfuncties binnen het federaal administratief openbaar ambt worden beheerd door de FOD Beleid en Ondersteuning. De FOD BOSA bevestigt mij dat de persoonlijke gegevens en de resultaten van de niet-geslaagde kandidaten vertrouwelijk zijn. Zij worden enkel meegedeeld aan de betrokkenen zelf of aan de bevoegde gerechtelijke overheden bij een juridische procedure.

07.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, bedankt om alles nog eens op een rijtje te zetten, ook al omdat het al een tijdje geleden is. Het kwam immers in 2020 in de pers. U zegt dat de heer Malonne naar voren kwam uit de selectieproeven van de derde procedure. U deelt niet mee of de heer Malonne ook aan de twee voorgaande procedures meedeelde, maar ik vermoed van wel. Ik stel mij dan de vraag hoe het komt dat hij niet geslaagd was in de eerste of de tweede procedure, maar wel in de derde. Werd de procedure veranderd of vergemakkelijkt? Ik heb daar mijn vragen en twijfels bij. Blijkbaar kunnen wij de betreffende documenten niet inkijken, omdat die top secret zijn, zoals heel wat dergelijke dossiers.

Ik verneem dat ook het personeel vraagtekens zet bij de aanwerving van de heer Malonne. Eigenlijk moet op dergelijke posities een persoonlijkheid met een onbeschreven blad leiding geven. Volgens mij is dat met de heer Malonne helemaal niet het geval.

Ik blijf vragen hebben bij die drie procedures. Als u een duidelijker antwoord gaf, dan konden we er ons nog bij neerleggen dat de heer Malonne twee keer niet deelnam, maar de derde keer wel. De heer Malonne vervulde al een bepaalde positie. Van daaruit heeft hij dan twee procedures laten passeren, maar zich voor de derde alsnog ingeschreven. Is het dan derde keer, goede keer? Dat lijkt mij zeer onwaarschijnlijk.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55038786C de M. Dallemagne est sans objet. La question n° 55038821C de Mme Merckx, les questions jointes n° 55038855C de Mme Rohonyi et n° 55039355C de Mme de Laveleye ainsi que la question n° 55038947C de M. Cogolati sont reportées.

08 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De studie van de CM inzake de eerstelijns psychologische zorg" (55039099C)

08 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude de la MC portant sur les soins psychologiques de première ligne" (55039099C)

08.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, de studie inzake de eerstelijns psychologische zorg van de CM bracht een aantal interessante gegevens naar buiten. In mei 2023 waren er al bijna 180.000 gebruikers. Zij maken gebruik van het project ELP. Er wordt dus steeds meer gebruik gemaakt van de nieuwe mogelijkheden die de overeenkomst biedt, zoals outreaching en groepssessies. Het is positief om vast te stellen dat 44 % van de gebruikers voordien geen toegang tot terugbetaalde psychologische zorg had. Er worden ook minder psychofarmaca gebruikt. Dat zijn dus al heel positieve gevolgen van deze conventie.

Toch blijkt uit de BELHEALTH-enquête dat een grote groep de weg naar de psycholoog nog steeds niet vindt. Van de meer dan 12.000 Belgen die Sciensano ondervroeg, gaven twee op tien aan nood aan psychologische hulp te hebben. Bij jongeren ging het over 40 %. Net geen 60 % vond hulp. De CM stelt voor om voor kinderen en jongeren geen remgeld meer te vragen en voor volwassenen het remgeld te verlagen. Men wijst er ook op dat de acht toegestane sessies voor een derde van de patiënten niet volstaat. Zij bevelen dan ook aan om het aantal toegestane sessies te verhogen naar twintig per jaar. Daarnaast merkt men ook een onderbenutting op van de budgetten in de netwerken Kinderen en Jongeren, waar een stijging merkbaar is. In december 2022 werd 58 % van het beschikbare maandelijkse zorgbudget benut en in mei 2023 al 74 %. Er is dus wel meer bekendheid en vooruitgang.

De vraag inzake de onbeantwoorde psychologische behoeften blijft natuurlijk overeind. Wat zit er daaromtrent nog in de pipeline?

Is er vandaag nog steeds sprake van een onderbenutting van de budgetten? Hoe verklaart u die?

Wat denkt u over een uitbreiding van het aantal sessies, zoals de CM voorstelt, en over het voorstel om het remgeld te verlagen voor kinderen en jongeren?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, u vraagt naar belangrijke kwesties. U weet dat wij via de netwerken voor geestelijke gezondheidszorg het budget voor psychologische zorg in de eerste lijn inzetten vanuit een populatiemanagement, waarbij er een behoefte- en precariteitsanalyse per regio wordt gebruikt om rekening te houden met de aanwezigheid van kwetsbare doelgroepen. Kwetsbaarheid wordt daarbij ruim gedefinieerd. Het gaat over financieel kwetsbare doelgroepen en over andere groepen die door culturele, fysieke, psychische, sociale, school- of werkgerelateerde of contextgebonden zaken moeilijker bereikbaar zijn, omdat voor hen de drempel en de stap naar zorg veel hoger is. Vrouwen, kinderen en jongeren horen daar om specifieke redenen ook steeds bij.

Via vindplaatsgericht werken – dat wil zeggen zorg beschikbaar maken op plaatsen waar die doelgroepen zich reeds bevinden voor andere dan psychische zorg of diensten – rukken de psychologen uit naar die vindplaatsen. Momenteel vindt gemiddeld 25 % van de zorg plaats op zo'n laagdrempelige vindplaats. Via sensibilisering van de geconventioneerde verstrekkers willen wij dat aanbod nog uitbreiden. Aanvullend worden per kwetsbare doelgroep en vindplaats drempels in kaart gebracht. Zo werd recent besloten om het remgeld te laten wegvallen als de psychologische zorg door het CLB wordt georganiseerd op een school, een CLB of een internaat.

Op basis van de data tot en met augustus werd cumulatief 70 % van het budget besteed aan zorg. De besteding van het budget is tijdens de vakantiemaanden gebruikelijk lager. Ter illustratie, in juni werd 85 % van het zorgbudget besteed. Zo zien wij dat er buiten de vakantiemaanden een maandelijkse verhoging van het gebruik van gemiddeld 5 % is. Dat gaat dus vooruit.

Daar waar de budgetten voor volwassenen vrij hoog en zelfs op maandbasis boven de 100 % liggen, zien we dat de onderbenutting zich voornamelijk situeert bij de doelgroep kinderen en jongeren. Dat is zo om verschillende redenen. Vooreerst is het project in de vorige legislatuur gestart bij de doelgroep volwassenen en pas later uitgebreid naar kinderen en jongeren, waardoor van bij de start met de nieuwe conventie een veel groter contingent klinisch psychologen en orthopedagogen beschikbaar was, in vergelijking met kinderen en jongeren. Daarnaast is in de organisatie van de zorg voor kinderen en jongeren het werken met context en andere diverse organisaties belangrijk. Dit vraagt dan ook iets meer tijd inzake afstemming en inzake vindplaatsgericht werken.

Misschien de belangrijkste bottleneck is dat er minder klinisch psychologen en orthopedagogen voorhanden zijn met een expertise in kinderen en jongeren alsook met een aanbod om voor kinderen en jongeren te werken. Ten slotte is er in een specifiek budget voorzien voor de transitieleeftijd in de netwerken Kinderen en Jongeren en de netwerken Volwassenen. Dit budget wordt vooral ingevuld door klinisch psychologen en orthopedagogen met de expertise voor de doelgroep volwassenen, eerder dan voor kinderen en jongeren.

In juli hebben we een wetenschappelijke studie afgerond over het aanbod psychologisch zorg in de eerste lijn, de EPCAP-studie. Deze studie werd aan de voltallige commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen verstuurd. Het zou heel interessant zijn als u de heer Bruffaerts en zijn Franstalige collega eens naar hier zou halen om daar eens heel grondig door te gaan. Er zit echt een schat aan gegevens in. U zou dat voor de commissie goed kunnen gebruiken. Als u hem zou ondervragen, zou u misschien nog bijkomende inzichten kunnen krijgen. Het is heel interessant. Ik zou dat ten zeerste willen aanbevelen.

Ik geef een aantal elementen uit de studie. De gegevens uit de EPCAP-studie laten een klinische validiteit zien inzake kortdurende behandeling. Na een periode van gemiddeld vier jaar wachten tot er hulp wordt gezocht, dalen, na gemiddeld zes sessies in onze eerste lijn nu, de psychische klachten, stijgt de dagelijkse kwaliteit van leven en veerkracht van de behandelde personen en dit tot minstens zes maanden na de start van de behandeling. Bijkomend gaf driekwart van de patiënten die de ELP- of GPZ-behandeling beëindigde aan geen bijkomende behandeling meer nodig te hebben. Verder toont

internationaal onderzoek aan dat een kortdurende behandeling, met zes tot acht sessies, werkt.

Ik heb in mijn antwoord een paar referenties: een paper van Roach uit 2023 en een paper van Robinson en anderen uit 2020, die u kunt nalezen. Voor deze doelgroep van de conventie, met name mensen die nog geen zorgvraag hebben of die een lichte of milde problematiek hebben, is het aantal sessies voldoende. Het kan dat voor een doelgroep met ernstige problemen het vooropgestelde aantal sessies niet voldoende is. De ELP-conventie heeft echter als doelstelling om te vermijden dat mensen in de gespecialiseerde en meer intensieve zorg moeten komen, doordat we problemen veel sneller detecteren en sneller interveniëren. Stel dat we de budgetten zouden gebruiken voor langdurige behandelingsessies voor mensen met ernstige problemen, als alternatief voor de gespecialiseerde zorg in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, dan zullen we de paradigmashift niet realiseren en schieten we onze eigen doelstelling voorbij.

Ik weet dat dit niet eenvoudig is in debat met individuele betrokkenen, maar de keuze is effectief om iets breed uit te zetten, met kortlopende interventies die wel snel komen. Je wil bijvoorbeeld mensen oriënteren naar de Vlaamse CGG's, maar daar botsen ze misschien ook wel op capaciteitsproblemen waaraan dan ook iets moet gebeuren. Zeggen dat we in de ELP heel langlopende behandelingen mogelijk zullen maken, keert zich volgens mij tegen de eigen doelstelling. Om die reden investeer ik in mijn beleid globaal niet alleen 165 miljoen in de ELP, maar ook 165 miljoen in mobiele teams, ziekenhuisdiensten, liaisonwerking, crisisopvang. De bedoeling is dat de ELP-opvang tegenover de andere extra investeringen niet als een eiland werkt, maar dat men precies via de netwerken geïntegreerd en afgestemd werkt met alle betrokkenen in de geestelijke gezondheidszorg.

Ten vierde, binnen het Begeleidingscomité zijn werkgroepen aan de slag, die op basis van de resultaten van de EPCAP 2.0-studie een aangepast voorstel uitwerken voor de conventie vanaf 1 januari 2024. Het remgeld staat op de agenda. Ik wil niet vooruitlopen op de discussies, maar zoals bij de volwassenen geeft een derde van de jongeren tot en met 25 jaar aan dat de behandelkosten een rol spelen in de beslissing om een behandeling uit te stellen. Die vaststelling moet nader worden onderzocht. In dat onderzoek zal ook moeten worden bekeken of een gelijkaardige maatregel als de maatregel inzake de medische consultaties met betrekking tot het remgeld, die is afgeschaft voor jongeren, eventueel opportuun is.

Mevrouw Van Hoof, dat was mijn antwoord.

08.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik wil u danken voor het interessante en uitgebreide antwoord op mijn vragen alsook voor uw suggestie om de studie van professor Bruffaerts te bekijken, ook in de commissie voor Gezondheid. Omdat ook de resolutie, die door mij en andere leden is ondertekend, de basis heeft gevormd voor de ELP-conventie, zou het nuttig zijn ook de evaluatie in de commissie voor Gezondheid te kunnen doen en die evaluatie mee te nemen in een eventueel aangepast voorstel vanaf 2024, zoals u aangeeft, onder andere inzake het remgeld.

Over de sessies kunnen wij een discussie opzetten. Ik stel gewoon vast dat de CM een en ander aanraadt, omdat het toch over een derde van de patiënten gaat. Dat is een heel grote groep die zowel gebruikmaakt van de eerste lijn als van de gespecialiseerde zorg. Ter zake werd een probleem vastgesteld. Ik weet niet of wij dat op termijn zullen oplossen, door een en ander breed uit te werken, omdat die groep patiënten er altijd zal zijn. Wij hopen van niet.

Een belangrijk element dat u aanhaalt, is het capaciteitsprobleem. Dat komt opnieuw neer op mijn eerdere vraag naar het inzetten van meer mensen voor de kinderen en de jongeren. Immers, hen onverrichterzake naar huis laten gaan met ouders die niet genoeg psycho-educatie hebben om met het probleem om te gaan, is een moeilijke zaak. Daarom kunnen wij meer mensen gebruiken, onder meer uit de ondersteunende GGZ-beroepen, om de eerste nood mee op te vangen, de diagnose juist te stellen en al een gesprek te kunnen hebben.

Ik herhaal dus mijn pleidooi. Het capaciteitsprobleem zit bij kinderen en jongeren. Laat ons dus werk maken van meer mensen die zich daarvoor inzetten. Kinderen en jongeren zijn immers de meest kwetsbare groep die wij vandaag kennen. Daarom herhaal ik mijn pleidooi ter zake, aangezien er vandaag te weinig kinderpsychologen zijn.

Ten slotte, de CM zegt mij ook dat die netwerken geen juridische entiteit hebben en dat het moeilijk is om ze ter verantwoording te roepen, aangezien ze vasthangen aan de ziekenhuizen, die dan niet kunnen antwoorden op alle mogelijke vragen. De CM vraagt een juridische erkenning van die netwerken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van migrainemedicatie" (55039143C)

09 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des traitements contre la migraine" (55039143C)

09.01 Els Van Hoof (cd&v): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, migraine is de meest voorkomende neurologische aandoening in ons land, met een gigantische kost tot gevolg, voornamelijk door ziekteverzuim op het werk. Ongeveer 1 op 5 Belgen zou er ooit last van hebben. In april bevroeg ik u via een schriftelijke vraag over een stand van zaken in verband met de terugbetaling van migrainemedicatie waarmee migraineaanvallen sterk teruggedrongen kunnen worden. U gaf aan dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) de verschillende opties evalueert voor de terugbetaling van de geneesmiddelen Aimovig, Ajovy en Emgality, waarvan de overeenkomst die de terugbetaling tijdelijk regelde afliep op 31 mei 2023. Bovendien gaf u aan dat het u nuttig leek dat de CTG ook de zogenaamde 'treatment holiday' voor deze geneesmiddelen herevalueert. Deze wordt door veel patiënten immers als zeer zwaar ervaren. Wat de terugbetaling van een volgende klasse migrainebehandelingen (gepanten) betreft, gaf u aan dat een CTG-procedure opgestart werd voor het medicijn Vydura. Heel wat patiënten zitten vol ongeduld te wachten op de hopelijk positieve uitkomst van deze stappen.*

Ik heb voor u dan ook de volgende vragen:

Kan u ons een update geven over het evaluatieproces van de CTG voor de geneesmiddelen Aimovig, Ajovy en Emgality? Zo ja, zal de terugbetaling hiervan verlengd worden nu de overeenkomst afliep op 31 mei 2023? Zo neen, wanneer hebt u hier meer duidelijkheid over?

Zijn ook de voorwaarden voor terugbetaling van deze geneesmiddelen reeds geëvalueerd? Werd ook de zogenaamde 'treatment holiday' herbekeken? Zo ja, wat zijn de conclusies hiervan? Zo neen, wanneer zal dit gebeuren?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: *Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Hoof, op dit ogenblik loopt er voor de drie specialiteiten waarnaar u verwijst in uw vraag – Aimovig, Ajovy en Emgality – een procedure bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Op het moment dat de overeenkomsten voor die drie specialiteiten afliepen, werd een wijzigingsbepaling afgesloten om de tijdelijke inschrijving van die specialiteiten voort te zetten met maximum twaalf bijkomende maanden, tot uiterlijk 31 mei 2024. Die bijkomende periode moet toelaten om een nieuwe CTG-procedure te doorlopen. Tijdens die nieuwe CTG-procedure worden de verschillende aspecten van de specialiteiten opnieuw geëvalueerd, waaronder dus ook de fameuze *treatment holiday*.*

Aangezien de CTG-procedures van de drie specialiteiten nog lopende zijn, is het op dit moment niet mogelijk om er meer details over te geven.

09.03 Els Van Hoof (cd&v): *Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik zie dat het op uw radar staat.*

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Absoluut.

09.05 Els Van Hoof (cd&v): *Het is mij duidelijk dat de problematiek u bekend is. Aangezien u er momenteel niet meer over kunt zeggen, kan ik alleen toejuichen dat het hoog op de radar staat.*

Migraine is een verschrikkelijke aandoening. Iedereen kent op het werk wel een collega die er last van heeft. Betrokkenen kunnen in voorkomend geval niet op het werk aanwezig zijn. Dit dossier is van belang voor al die migrainepatiënten en daarom bepleit ik vooruitgang in dit dossier.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oprichting van een drugsincidentennetwerk" (55039152C)

10 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La création d'un réseau de signalement des incidents dus à la drogue" (55039152C)

10.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijn vraag gaat over het drugsincidentennetwerk. Dit is een evergreen waar ik steeds op terugkom, omdat ikzelf nog heb meegewerkt aan de totstandkoming van de wet die in februari 2019 werd aangenomen. Die wet kwam er in het kader van de strijd tegen de oprukkende nieuwe psychoactieve stoffen op de markt. Toen al werd duidelijk dat het gebruik van deze drugs vanuit het buitenland naar België zou overwaaien.

Afgelopen zomer werd nog maar eens duidelijk waarom de strijd tegen die oprukkende honderden nieuwe drugssoorten, waarvan het effect van de bestanddelen niet gekend is, zo belangrijk is. Op Tomorrowland zijn er daardoor doden gevallen. Ook heeft een bestuurder onder invloed van flakka enkele weken geleden een aanrijding veroorzaakt met een dodelijk slachtoffer tot gevolg.

In juli 2023 waarschuwden de ziekenhuislabo's nog dat ze achter de feiten aanhollen. Er is nood aan informatie-uitwisseling. Het gaat me niet om de kwaliteit van de drugs, maar wel om hoe we het beste levens kunnen redden, bijvoorbeeld door kennisuitwisseling en sensibilisering die ervoor moet zorgen dat mensen die vuiligheid niet nemen.

Zo'n drugsincidentennetwerk, EHBO-diensten op festivals en spoeddiensten zijn belangrijk voor informatie-uitwisseling en voor het redden van levens. Zij dienen niet om drugs te testen, maar wel om ze te analyseren en om ervoor te zorgen dat drugs snel voor onderzoek naar labo's getransporteerd kunnen worden, want dit is anders niet toegestaan.

Hoever staat men met de uitrol van dat drugsincidentennetwerk en de uitvoering van die wet? Welke maatregelen zullen er in het kader van de drugsstrategie 2024-2025 op poten worden gezet? Welke concrete maatregelen zullen er worden genomen voor het volgende festivalseizoen in de strijd tegen designerdrugs?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, momenteel zijn er geen concrete pilootprojecten gepland die de uitvoering van de wet uit 2019 voorbereiden. De specifieke opdracht, de toewijzing van projectverantwoordelijken en de benodigde financiering dienen daarvoor eerst te worden besproken en goedgekeurd op het niveau van de Algemene Cel Drugsbeleid. Daarop is het dus voorlopig nog even wachten.

Ik kan u wel zeggen dat mijn diensten en Sciensano merken dat de informatieverspreiding recent geoptimaliseerd werd door de activering van verschillende stakeholders in het netwerk. De detectie en alle acties die daarop volgen zijn daarvan een voorbeeld. Dat heeft geleid tot snelle informatiedeling en de organisatie van een webinar over dit thema.

Ik maak het even concreet met een situatie waarnaar u ook verwezen hebt: de detectie van het gebruik van flakka in een bepaalde regio in West-Vlaanderen. Door snelle melding aan het BEWSD en de daaropvolgende snelle evaluatie via het nationale netwerk, kon het fenomeen tijdig in kaart gebracht worden en konden de relevante stakeholders geïnformeerd worden. Kort daarna werd er ook een webinar over het onderwerp georganiseerd in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum voor alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie, gokken en gamen, om zo een brede informatieverspreiding onder hulpverleners en preventiewerkers te garanderen.

Ik geef dat voorbeeld niet om te zeggen dat dit de definitieve, structurele oplossing is. Er is daar echter wel vooruitgang geboekt. U verwees ook zelf naar flakka, dus ik denk dat dat op zich een goede ervaring was.

Ten tweede, is er binnen het opgestelde voorstel voor een Belgische drugsstrategie 2024-2025 een aparte strategische doelstelling opgenomen voor een kwalitatieve monitoringstrategie voor de implementatie van een integraal en geïntegreerd drugsbeleid. Als specifieke doelstellingen worden daaronder geformuleerd: de versterking van een wetenschappelijk onderbouwde informatieverzameling en analyse, met specifieke aandacht voor het noodzakelijke realtime karakter van monitoringsystemen en de verbetering van de beschikbare gegevensbasis met het oog op het beter informeren van de beleidsmakers en professionals die betrokken zijn bij het drugsfenomeen. Dit voorstel is nog niet gevalideerd door de thematische vergadering Drugs en is dus nog onderhevig aan mogelijke wijzigingen.

Ten derde, zoals elk jaar wordt overlegd tussen Sciensano, de lokale politiediensten, het parket, festivalorganisaties, medische diensten en andere professionals om de actieplannen te bepalen die kunnen worden toegepast in de zomer van 2024. We willen daarmee bijdragen aan de snelle detectie van risicovolle substanties en trends in het middelengebruik, met in eerste instantie het oog op het alerteren van de medische en andere hulpdiensten.

10.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

Het is opvallend dat het fenomeen van de designerdrugs alleen maar toeneemt, misschien omdat het goedkoper en gemakkelijker verkrijgbaar is. Deze zomer zagen wij het fenomeen van tranq, waardoor mensen plots een zombie worden. Het is angstaanjagend wat er allemaal mogelijk is. Veel komt uit de veeteeltsector. Mensen slikken het om een beter gevoel te krijgen, terwijl ze er slechter van worden. Dit is dus geen spelerei. Het wordt alleen maar erger.

Ik denk dat we hierin sneller moeten gaan. Het is ongelooflijk hoe dit op vijf jaar tijd is toegenomen. Ik maak mij geen illusies dat dit zal afnemen. Nu is het flakka, dan is het tranq, dan het is ketamine. Er komen altijd nieuwe trends. Ik denk dat we echt voorbij het niveau van plannen moet geraken en concreet peilstations moeten oprichten om ervoor te zorgen dat mensen die buiten westen raken goed kunnen worden opgevangen en er niet aan sterven.

Ik was hier in de zomer mee bezig. Er kwam ook reactie op Tomorrowland. Mensen zeggen dat er met bepaalde festivals een probleem is. Sommigen gaan zelfs niet meer omdat ze gedegouteerd zijn. Dan gaat het niet over cannabis, maar over zware drugs die daar blijkbaar heel zichtbaar worden gebruikt. Ik frequenteer dat festival niet, dus ik kan er niet over meespreken, maar verschillende getuigen hebben mij daarover gecontacteerd. Het is echt noodzakelijk om daarmee sneller en effectiever aan de slag te gaan.

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

11 Vraag van Kathleen Pisman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Mogelijke wanpraktijken bij besnijdenissen van jongens" (55039173C)

11 Question de Kathleen Pisman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques abusives présumées lors de la circoncision de garçons" (55039173C)

11.01 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de voorbije weken circuleerden er berichten over een zorgwekkende klachtenbrief van rabbijn Friedman over wanpraktijken bij rituele besnijdenissen binnen de joodse gemeenschap in Antwerpen. Er is in bepaalde gevallen zelfs sprake van levensbedreigende situaties, zo getuigde de heer Friedman onder andere in *Gazet van Antwerpen*.

Zoals u zeker weet, is de besnijdenis bij pasgeboren jongens een medische ingreep, die in België alleen door een arts mag worden uitgevoerd. Als een religieuze deskundige zonder medisch diploma zo'n rituele besnijdenis uitvoert, maakt hij zich schuldig aan het uitoefenen van illegale geneeskunde en het genitaal verminken van kinderen. Dat is een ernstig misdrijf.

Bovendien zou er ook sprake zijn van de praktijk van orale zuiging, waarbij het bloed met de mond wordt weggezogen. Die praktijk is in het buitenland vaak verboden door de vele medische risico's ervan.

Heeft uw kabinet inderdaad de brief van rabbijn Friedman mogen ontvangen?

Bent u op de hoogte van eerdere klachten over de opvolging van de regels inzake hygiëne en de medische omkadering voor besnijdenissen in religieuze gemeenschappen?

Hebt u hierover al contact gehad met de burgemeester en/of de schepen van Gezondheid van de stad Antwerpen?

Hebt u hierover contact gehad met de joodse gemeenschap?

Wat kan er volgens u gebeuren vanuit de federale overheid? Wat kunnen wij doen? Wat kan de stad Antwerpen ondernemen?

Bent u van plan om een einde te stellen aan de praktijk van orale zuiging? Zult u daarover in dialoog gaan met de geloofsgemeenschappen zelf?

Met welke maatregelen zult u garanderen dat besnijdenissen door een arts in hygiënische omstandigheden worden gedaan?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Pisman, ik heb inderdaad de brief van rabbijn Friedman ontvangen. Ik heb hem ook gelezen. Ik heb hem overgemaakt aan de burgemeester van Antwerpen met de vraag er gepast gevolg aan te geven, omdat er natuurlijk ook een politiek aspect is.

Zowel op mijn kabinet als in de archieven van de vroegere provinciale geneeskundige commissies en onder de nieuwe dossiers die geopend werden bij de Federale Controlecommissie sinds haar oprichting hebben wij nog geen enkele klacht ontvangen met betrekking tot dit soort praktijken.

In de eerste plaats moet worden nagegaan in hoeverre de praktijken die in de brief aan de kaak gesteld worden ingeburgerd en eventueel wijdverspreid zijn. Indien dit zo blijkt te zijn, dan heeft de Toezichtcommissie, die tot taak heeft de kwaliteit van de beroepsuitoefening te waarborgen en situaties te onderzoeken die de volksgezondheid in gevaar kunnen brengen, alle mogelijkheden om in te grijpen.

In dit geval is dit soort chirurgische ingreep voorbehouden aan gezondheidszorgbeoefenaars. Het zou hier dus gaan om illegale uitoefening van de geneeskunde, die de Toezichtcommissie en haar inspectiediensten mogen onderzoeken en rapporteren aan de openbare aanklager.

Ik verwijs u naar de Vlaamse overheid en naar de stad Antwerpen voor hun bevoegdheden en actiemiddelen.

Als de praktijk van orale zuigingen waarover geklaagd wordt inderdaad een feit is, is het om begrijpelijke redenen noodzakelijk om er een einde aan te maken. Een dialoog met de religieuze gemeenschap, in samenwerking met de stad Antwerpen, waar dit probleem bijzonder acuut lijkt, is in dezen zeker een optie. Het is vooral zaak om deze activiteiten zo snel mogelijk te stoppen.

De besnijdenis is een chirurgische ingreep die volgens de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van beroepen in de gezondheidszorg voorbehouden is aan medische beroepen, in de eerste plaats artsen. Het herhaaldelijk uitvoeren van dergelijke handelingen door een persoon die daartoe wettelijk niet gemachtigd is, is een illegale praktijk en wordt strafrechtelijk vervolgd. Daarnaast verplicht de Kwaliteitswet van 2019 zorgverleners om alle passende maatregelen te nemen om de veiligheid van de patiënt en de kwaliteit van de zorg te waarborgen.

Als deze kwalificatievoorwaarden of kwaliteitscriteria worden geschonden, bestaat een van de belangrijkste taken van de Federale Controlecommissie erin om die mogelijke schendingen te onderzoeken en te documenteren en om gepaste maatregelen te nemen, waaronder het rapporteren aan het parket of een andere bevoegde overheidsinstantie. Naast strafrechtelijke procedures of

administratieve maatregelen, kunnen deze maatregelen ook informatie- en sensibiliseringscampagnes voor een specifieke gemeenschap omvatten.

11.03 Kathleen Pisman (Ecolo-Groen): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Wij hopen dat de Federale Controlecommissie het onderzoek zal voeren en haar bevoegdheid zal gebruiken om ten minste na te gaan of dat werkelijk praktijken zijn die gebeuren en dat ze niet zal afwachten tot er klachten komen. De kleine kinderen zelf kunnen niet klagen, zij zijn nog te klein. Misschien is er binnen bepaalde gemeenschappen niet echt nood om daarover klacht in te dienen. De heer Friedman heeft dit onder de aandacht gebracht en ik hoop dat dit een gevolg zal kennen en dat de gerechtelijke weg bewandeld zal worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneppe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De tekorten aan medical devices" (55039228C)

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De Europese verordening betreffende medische hulpmiddelen" (55039273C)

12 Questions jointes de

- **Dominiek Sneppe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie de dispositifs médicaux" (55039228C)

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le règlement européen relatif aux dispositifs médicaux" (55039273C)

12.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, onlangs getuigden de ouders van de driejarige Daisy, samen met kindercardioloog professor doctor Gewillig, over de nakende onbeschikbaarheid van verschillende medische hulpmiddelen die noodzakelijk zijn voor de operaties van Daisy.

De aangekaarte problematiek is niet nieuw, maar een oplossing is er duidelijk nog niet. De Medical Device Regulation (MDR), die in mei 2017 in werking trad, ligt hiervan aan de oorsprong. Het doel was de veiligheid en de efficiëntie van medische hulpmiddelen in Europa te verzekeren, maar de verordening zadelt ons juist op met grote onzekerheid wat de beschikbaarheid van levensnoodzakelijke medische hulpmiddelen betreft.

Notified bodies moeten instaan voor de bewakingsactiviteiten in het kader van de richtlijn en beheren nieuwe MDR-aanvragen. Hoewel de capaciteit van de *notified bodies* geleidelijk blijft toenemen, is die onvoldoende om alle MDR-werkzaamheden die voor 26 mei 2024 voltooid moeten zijn, uit te voeren. De *notified bodies* voorspellen onvermijdelijke extreme certificeringsknelpunten, waardoor medische hulpmiddelen die vandaag nog beschikbaar zijn, dat binnenkort niet meer zijn. De meeste geldige richtlijncertificaten verstrijken in de eerste maanden van 2024. Het zou gaan om maar liefst 17.000 certificaten. Wij vrezen dan ook dat zonder onmiddellijke actie de continue beschikbaarheid van hoognodige medische hulpmiddelen in gevaar komt.

Mijnheer de minister, vorig jaar stelde u dat er overleg is op Europees niveau. De oplossingen die toen werden overlopen, waren nog niet of onvoldoende uitgewerkt om tot concrete en doeltreffende maatregelen te komen. Kunt u ons nu, een jaar later, een stand van zaken geven?

Welke concrete oplossingen zijn er? Worden die al toegepast of wanneer zullen die hun uitwerking hebben? Zullen de oplossingen nog op tijd komen?

Bestaat er in België een meldpunt voor tekorten aan medische hulpmiddelen?

In sommige landen dreigt 75 % van de medische hulpmiddelen niet meer beschikbaar te zijn. Hebt u er een idee van wat de impact in België zal zijn?

Zult u, zoals onder andere in Frankrijk reeds gebeurde, via derogatie ervoor zorgen dat de *medical devices* hier toch nog levens kunnen redden? Hoe ziet u dat en zal dat nog op tijd komen voor onder andere Daisy?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, ten eerste, de onbeschikbaarheden van medische hulpmiddelen zijn niet enkel te wijten aan strengere eisen die de verordening aan de verschillende actoren oplegt. Andere oorzaken liggen inderdaad mee ten grondslag, onder andere het tekort aan bepaalde grondstoffen, de toename van de vraag als gevolg van een tekort aan een geneesmiddel of wereldwijde politieke crises. Ook heb ik er weet van dat fabrikanten soms om economische redenen, los van het regelgevend kader, beslissen om de hulpmiddelen niet langer te produceren. Zeker voor specifieke nichesectoren, zoals de pediatrische cardiologie, waarbij de kwantiteit noodzakelijke hulpmiddelen zeer beperkt is, is die laatstgenoemde oorzaak een aandachtspunt. Ik kom er dadelijk op terug.

In uw tweede reeks vragen verwijst u naar het overleg op het Europese niveau. Teneinde de fabrikanten en de aangemelde instanties bijkomend de tijd te gunnen om zich aan te passen aan de vereisten van de verordening medische hulpmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, werden overgangsbepalingen uit de verordening medische hulpmiddelen substantieel verlengd. Dat moet bijdragen tot een duurzame oplossing voor de dreigende tekorten. Via die verordening kunnen voor de medische hulpmiddelen onder bepaalde voorwaarden zowel de CE-certificaten als de transitieperiode verlengd worden, initieel tot mei 2024, thans tot uiterlijk 31 december 2028, afhankelijk van de betreffende risicoklasse. Op die manier krijgen de fabrikanten dan ook meer tijd om hun hulpmiddelen in overeenstemming te brengen met de eisen van de verordening, en krijgen de aangemelde instanties meer tijd om de dossiers te evalueren en het certificaat af te leveren. Het zijn de lidstaten, waaronder België, die bij de Europese Commissie aangedrongen hebben om daartoe het initiatief te nemen.

Er wordt op het Europese niveau ook gewerkt aan een specifiek kader voor weeshulpmiddelen in de hoop oplossingen te kunnen bieden in delicate nichedomeinen waarvan de nood slechts zeer beperkte hoeveelheden betreft, zoals deze voor pediatrisch gebruik. De onbeschikbaarheid van hulpmiddelen voor pediatrisch gebruik is echt een probleem op het internationale niveau. Er is een pilootproject lopende bij het EMA waarbij wetenschappelijk advies kan worden aangevraagd met betrekking tot de beoogde klinische ontwikkelingsstrategie en het klinisch onderzoek voor bepaalde medische hulpmiddelen met een hoog risico.

Er werd gevraagd of er in dit land een meldpunt bestaat voor tekorten. Er is op heden geen meldpunt of een platform voor medische hulpmiddelen dat vergelijkbaar is met FarmaStatus voor geneesmiddelen. Er is wel de mogelijkheid om via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een aanvraag tot uitzonderlijk gebruik in te dienen voor hulpmiddelen die niet voldoen aan de vereisten van de Medical Device Regulation, maar die toch op enige manier kunnen aantonen dat ze veilig zijn voor een specifieke patiënt, voor een specifieke doelgroep, zodat patiënten in nood toch geholpen kunnen worden. De verordening vereist wel dat de fabrikant daarvoor de aanvraag indient. Het spreekt vanzelf dat de arts daarvoor het initiatief kan nemen. Er wordt verwacht dat het initiatief uitgaat van de arts.

Men zegt dat in sommige landen tot 75 % van de medische hulpmiddelen niet meer beschikbaar dreigt te zijn en men vraagt of ik daar gegevens over heb. De gegevens, zoals ze zijn vermeld in de vragen, zijn niet langer up-to-date. Met de publicatie van de laatste verordening kunnen CE-certificaten en transitieperiodes verlengd worden tot uiterlijk 31 december 2028. Dat was initieel mei 2024. Op die manier wordt er zowel voor de fabrikanten als voor de aangemelde instanties meer tijd voorzien en kunnen tekorten op de Belgische en Europese markt worden vermeden of toch worden beperkt. Daarnaast zijn er nog andere initiatieven en maatregelen die lopende zijn met betrekking tot de regelgeving, zoals al eerder aangehaald.

Voorts is het ook belangrijk te melden dat de strengere eisen die de verordening aan de verschillende actoren oplegt, niet de enige oorzaak is van mogelijke tekorten. Andere mogelijke oorzaken zijn een tekort aan bepaalde grondstoffen en de toename van de vraag naar bepaalde hulpmiddelen wegens een tekort aan bijvoorbeeld geneesmiddelen of wegens internationale politieke crises. Wij zijn ten slotte, zoals ik al aangaf, op de hoogte van situaties waarbij een fabrikant om economische redenen beslist de hulpmiddelen niet langer te produceren.

U vraagt of ik zoals in Frankrijk via derogatie ervoor kan zorgen dat de *medical devices* hier toch nog levens kunnen redden. De verordening, die in artikel 59 derogaties toelaat, is een Europese wetgeving die in alle lidstaten dwingend is. Er is daartoe in elke lidstaat in twee verschillende procedures voorzien, zijnde, ten eerste, een aanvraag tot afwijking voor een of meerdere individuele hulpmiddelen voor een specifieke patiënt. In dat geval gaat het eigenlijk over *compassionate use*. Ten tweede is er de mogelijkheid van een nationale afwijking voor een hulpmiddel. Beide soorten aanvragen moeten worden ingediend door een fabrikant of zijn gemachtigde. In het geval van een aanvraag voor *compassionate use* dient een deel van het aanvraagformulier door de behandelende arts te worden ingevuld.

Dat is van toepassing op het droevige verhaal, dat ook in de krant heeft gestaan, over het jonge patiëntje Daisy. Ik volg dat dossier nu ook van heel nabij op. Ik heb alle informatie daarover opgevraagd. Ik wil dat ons wordt gemeld wat de specifieke definiëring en karakteristieken van de hulpmiddelen zijn die nodig zijn voor het betrokken patiëntje. Het is voor mij belangrijk dat ik een goed zicht krijg op de initiatieven die ter zake zijn genomen door de behandelende arts en de fabrikant. Ik heb echter ook contact met de behandelende arts. Ik hoop van hem spoedig alle mogelijke gegevens te krijgen.

12.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitgebreide antwoord. Het stelt mij echter niet gerust.

Het is duidelijk dat op het Europese niveau moet worden samengezeten en dat de richtlijn of verordening wordt herbekeken. Het kan immers niet dat medische hulpmiddelen die al 20 jaar en langer worden gebruikt, die veilig zijn en veilig worden bevonden, ook door de artsen en de patiënten, opeens een hele mallemolen moeten doorlopen om hun veiligheid te bewijzen. Zij hebben dat immers al 20 jaar bewezen. Het gaat over dergelijke hulpmiddelen, alleszins in het geval van Daisy.

Ik denk dat men hiervoor moet samenkomen. U haalt de paraplu boven met uw uitleg dat de Europese Unie dit oplegt, maar ik denk dat er steeds achterpoortjes zijn. Als Europa dit verplicht, betekent dit dat elke lidstaat met hetzelfde probleem kampt. Ik begrijp daarom niet waarom er geen aanpassing mogelijk is en de retroactiviteit bijvoorbeeld niet kan worden opgeheven. Dan kan men een bepaalde datum vastleggen vanaf wanneer nieuwe medische hulpmiddelen aan die strenge vereisten moeten voldoen.

Een van de oplossingen die ik hoorde, van dokter Gewillig, een autoriteit inzake deze materie, was de Zwitserse aanpak. Ik weet wel dat Zwitserland geen EU-lidstaat is, maar naast goedkeuring door Zwitserland zelf of de EU, hebben de Zwitsers ook de deur opengezet voor een goedkeuring uit de Verenigde Staten. Indien de FDA zijn goedkeuring geeft, dan zou die ook in Zwitserland mogen gelden. Zwitserland heeft daarvoor de wet aangepast.

Dat zou België ook kunnen doen. U verwijst steeds naar Europa, maar u zou perfect kunnen zeggen dat een medisch hulpmiddel of door Europa, of door de FDA goedgekeurd wordt. Dat doet u echter niet, u verwijst naar Europa en zegt dat u er niet veel aan kunt doen. U hebt, nu alles in de pers is verschenen, contact opgenomen met de ouders van Daisy. Het is jammer dat de pers hierover emoreportages maakt met het oog op de verkoopcijfers, maar dat u als minister pas na dergelijke berichtgeving in actie schiet, vind ik beneden alle peil. Dit probleem is al sinds 2017 bekend en nu wordt de oplossing ervoor nog eens uitgesteld tot 2028, zo'n elf jaar later.

Eigenlijk zal dit in wezen niets veranderen, want het proces blijft ongewijzigd. De nichemedische hulpmiddelen zullen niet meer geproduceerd worden, aangezien de kleine bedrijven die deze nicheproducten maken niet over de nodige financiële middelen voor deze *notified bodies* beschikken. Daarvoor moet men zeker nog eens samenzitten op het Europese niveau want die *notified bodies* doen meer kwaad dan goed. Er is ook geen enkele controle op en dat moet ook wel eens worden gezegd.

Mijnheer de minister, enerzijds ben ik blij dat u eindelijk deze zaak ter harte neemt, anderzijds bent u aan de late kant en hebt u nog niets concreets. Ik zal deze zaak van dichtbij opvolgen.

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

13 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De genderverschillen in de gezondheidszorg" (55039269C)

13 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les différences liées au genre dans les soins de santé" (55039269C)

13.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik stelde u eerder al een vraag over het feit dat vrouwen om allerlei redenen vaker een foute of minstens een latere diagnose krijgen dan mannen. De redenen daarvoor zijn divers. Zo zijn vrouwen ondervertegenwoordigd in klinische studies voor medicijnen, maar ook in psychiatrische, cardiovasculaire en kankergerelateerde studies.

Een nieuwe studie van de CM wijst nu ook op een andere reden, namelijk een ondervertegenwoordiging van vrouwen in allerlei raden en commissies in ons gezondheidszorgsysteem. De Nationale Raad van de Orde van Artsen telt op 33 leden slechts 5 vrouwen. Van de 195 Belgische ziekenhuizen worden er slechts 33 geleid door een vrouw. In de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen zou slechts één vrouw zitten.

De CM vraagt niet alleen een grotere vertegenwoordiging van vrouwen in raden en commissies in ons gezondheidszorgsysteem, maar ook om vrouwen meer op te nemen in enquêtes, statistische analyses en klinische studies. Ten slotte vraagt ze ook dat het RIZIV en Sciensano genderanalyses zouden ontwikkelen. Misschien kunnen we daar het KCE nog aan toevoegen.

Mijnheer de minister, bent u bereid om binnen de samenstelling van raden en commissies in ons gezondheidsstelsel te zoeken naar manieren zodat er meer vrouwen aanwezig zijn?

Vrouwelijke artsen haken vaak af vanwege de vrouwonvriendelijke uren van de vergaderingen. Vrouwen zijn binnen het gezin nog steeds diegenen die in belangrijke mate de zorg voor de kinderen opnemen. Zult u initiatieven nemen om te werken aan meer vrouwvriendelijke vergaderuren?

Hoe staat u ten aanzien van de vraag van de CM om het RIZIV en Sciensano specifieke genderanalyses te laten ontwikkelen?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb mijn diensten daarover aangesproken, mijnheer De Caluwé, en ik kreeg van al mijn diensten ook antwoord.

Bij de samenstelling of hernieuwing van adviesorganen baseert de administratie zich altijd op de geldende regelgeving, met name de wet van 20 juli 1990 ter bevordering van de evenwichtige aanwezigheid van mannen en vrouwen in organen met adviserende bevoegdheid. Deze wet vereist een minimale verhouding van een derde en twee derden van de twee geslachten binnen de organen. In sommige beroepsgroepen is het erg moeilijk om een verhouding van minstens een derde vrouwen te halen, bijvoorbeeld bij artsen. Bij de Federale Raad voor de Vroedvrouwen is het dan weer onmogelijk om de verhouding van een derde mannen te halen. Het hangt dus af van de samenstelling van de beroepsgroep.

Om te begrijpen waar we actie zouden kunnen ondernemen, heeft de FOD Volksgezondheid een studie laten uitvoeren tussen januari en mei 2023. Die studie bestond uit een kwantitatief en een kwalitatief deel en was toegespitst op verschillende adviesorganen voor verpleegkundigen en paramedici, organen waarvoor het moeilijk is om vrouwelijke artsen te rekruteren. De resultaten van de studie worden momenteel geanalyseerd. Ik kan u echter al meegeven wat de eerste obstakels zijn die we hebben geïdentificeerd: werkdruk, tijdsgebrek, het gevoel niet competent genoeg te zijn in het bewuste vakgebied van de adviesraad. In de studie wordt een aantal mogelijke oplossingen gesuggereerd: een betere rekruteringscampagne, bewustmaking van de artsenverenigingen voor de rol van artsen in adviesraden van andere beroepen, verduidelijking van de opdrachten enzovoort.

U wijst op de vergadertijden als bron van het probleem in de vertegenwoordiging van vrouwen. Ik wil benadrukken dat de keuze van de vergadertijden specifiek is voor elk orgaan. Daarbij wordt rekening gehouden met de wensen van de leden zelf. Die wensen variëren overigens, want ze houden rechtstreeks verband met de loopbaan van elk lid. Sommige leden vergaderen liever tijdens de kantooruren of tijdens de middag, terwijl anderen liever na de kantooruren vergaderen om het met hun

beroepsloopbaan te kunnen combineren. Bovendien is de manier van vergaderen sinds de coronacrisis geëvolueerd en vergadert de overgrote meerderheid van onze raden virtueel. Dat heeft ook een invloed op de aanwezigheid van de leden. Dat zou in de toekomst een impact kunnen hebben op hun aantrekkelijkheid voor bepaalde beroepsgroepen.

Ook binnen het RIZIV werden stappen gezet. De voorbije maanden heeft de werkgroep modernisering van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen zich regelmatig gebogen over initiatieven om vergaderingen vrouwvriendelijker te maken. Deze stappen zijn gericht op het waarborgen van een beter evenwicht tussen werk en privé voor de leden van de vergadering en het garanderen van een gebalanceerde gendervertegenwoordiging. Om de deelname van vrouwen te bevorderen, worden verschillende maatregelen uitgewerkt. Deze omvatten onder andere het herzien van de tijden van bijeenkomst om vergaderingen overdag van beperkte duur op te nemen, het opstellen van een voldoende voorlopige vergaderagenda en het tijdig beschikbaar stellen van de nodige documenten. Deze inspanningen zullen resulteren in een nieuw huishoudelijk reglement voor de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen in 2024. Andere commissies zullen ook manieren onderzoeken om de deelname van vrouwen aan vergaderingen verder te stimuleren.

Wat data betreft, kan ik het volgende zeggen. De productie en analyse van geslachts- en genderspecifieke gegevens is van cruciaal belang om de gezondheidstoestand van de bevolking te bestuderen. Het is in deze context dat Sciensano en het KCE rekening houden met geslacht en gender in hun monitoring en onderzoek. Zo is de gezondheidsenquête, de grootste enquête over dit onderwerp in België, representatief voor de bevolking, waardoor de studie van geslachtsverschillen in een zeer brede waaier van onderwerpen mogelijk is. Voor elke enquête, die om de vijf jaar plaats vindt, worden nieuwe vragen en thema's toegevoegd. Voor de enquête van 2023 werd bijvoorbeeld een vraag toegevoegd over endometriose, een probleem bij vrouwen dat lange tijd werd genegeerd en nog steeds grotendeels onderbelicht blijft.

We publiceren de gegevens van deze studie ook in databases, die interactief kunnen worden verkend met behulp van een online tool HISIA. Met deze tool kunnen gebruikers het geslacht onderzoeken in relatie tot andere sociale indicatoren zoals het opleidingsniveau en de leeftijd. Op dezelfde manier vat Sciensano de beschikbare informatie over de gezondheidstoestand in België samen op de website healthybelgium.be met gegevens per geslacht. Deze website brengt gegevens uit verschillende bronnen samen in een dashboard met sleutelindicatoren die een algemeen beeld geven van de gezondheid van de bevolking in België en de belangrijkste trends. In het kader van deze site zal een specifiek rapport worden gepubliceerd over de gezondheid van vrouwen.

Ook het KCE rapporteert over geslachtsverschillen waar deze data voorhanden zijn. Ik geef een recent voorbeeld. De weinige mannen die door endometriose worden getroffen, worden opgenomen in de gegevens die zijn geanalyseerd voor het huidige onderzoek en afzonderlijk gepresenteerd indien van toepassing.

In klinische onderzoeken die gefinancierd worden door KCE Trials worden de resultaten systematisch gerapporteerd naar geslacht. Voor studies waar het KCE enquêtes, focusgroepen of andere kwalitatieve methodologieën inzet, is het opnemen van geslacht of gender als variabele in de analyse afhankelijk van het potentiële wetenschappelijke belang, afgewogen tegen het dataminimalisatie-principe uit de algemene vordering gegevensbescherming. Een groot deel van de indicatoren in het rapport *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem* zijn al geanalyseerd, rekening houdend met het geslacht.

Ten slotte, hoewel er in dit opzicht geen wettelijke verplichting bestaat voor de samenstelling van de raad van bestuur, zorgt het KCE zoveel mogelijk voor een evenwicht tussen mannen en vrouwen door aan de instellingen te suggereren een vrouwelijke kandidaat af te vaardigen wanneer een onevenwicht zich voordoet.

13.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u wel, mijnheer de minister. Ook dank aan de diensten voor de uitgebreide antwoorden die zij ons hebben bezorgd.

Ik hoor inderdaad graag dat zij bereid zijn na te denken over hoe zij de vertegenwoordiging van vrouwen in de diverse organen kunnen verhogen vooraleer zij gaan nadenken over bijvoorbeeld vrouwvriendelijke vergaderuren.

Ik meen dat dit belangrijk is. Ik ben geen grote minnaar van quota, maar ik vind het wel belangrijk dat er een evenredige vertegenwoordiging is. Het doet mij dan ook plezier te horen dat bijvoorbeeld Sciensano, zonder dat er een verplichting is, toch het nodige doet om dat evenwicht te proberen bereiken en te bewaken.

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

14 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nut van een KCE-studie rond de opname van spirituele zorg in de geïntegreerde gezondheidszorg" (55039291C)

14 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilité d'une étude du KCE sur l'inclusion des soins spirituels dans les soins de santé intégrés" (55039291C)

14.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, de vertegenwoordigers van de erkende erediensten en niet-confessionele levensbeschouwingen hebben in een brief aan meerdere politici aandacht gevraagd voor tekortkomingen in verband met spirituele zorg. Ze wijzen erop dat de procedure ingewikkeld en drempelverhogend is. Daardoor zijn niet in alle zorgvoorzieningen de nodige professionele medewerkers aanwezig, hoewel daar wel nood aan is. Het bestaand wettelijk kader is blijkbaar ontoereikend. Het is iets sterker aanwezig in de tweedelijnszorg in ziekenhuizen, maar in de eerste lijn duidelijk niet. Woonzorgcentra zijn daar een voorbeeld van.

Daarom is het aangewezen dat de barrières in kaart worden gebracht met het oog op passende beleidsmaatregelen. Concreet wordt gevraagd om via een studie de noden en barrières te identificeren. Een eerder studievoorstel werd afgewezen, maar bij het KCE is het niet altijd duidelijk hoe dat gebeurt. De vraag luidt op welke manier een dergelijke studie wel geïnitieerd kan worden via het KCE, aangezien spirituele zorg volgens de Wereldgezondheidsorganisatie en ook volgens onze wetgeving inzake palliatieve zorg onderdeel uitmaakt van de nodige zorg. Niet alleen bij het levenseinde, maar bijvoorbeeld ook bij levensbedreigende ziekten is spirituele zorg een aspect waar veel mensen nood aan hebben.

Mijnheer de minister, meent u dat een KCE-studie naar een betere wettelijke omkadering voor spirituele zorg aangewezen is? Welke stappen kunnen daartoe worden gezet? Zo niet, op welke manier kunnen de noden die werden aangekaart in de genoemde brief toch op de agenda gezet worden?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, het KCE heeft hierover inderdaad een onderzoeksvoorstel ontvangen in het kader van de jaarlijkse oproep tot het indienen van studievoorstellen. Na grondige analyse van het voorstel werd onder andere duidelijk dat het KCE niet over de noodzakelijke expertise beschikt om zich te buigen over spirituele zorg.

Ik vraag daar een beetje begrip voor. De pool van experts van het KCE kan niet gespecialiseerd zijn in alles wat relevant is om en rond de gezondheidszorg. Met het oog op de efficiëntie en het goed beheer van de middelen die aan het KCE zijn toegewezen, speelt dat natuurlijk ook wel een rol bij het onderzoeksprogramma dat het KCE ontwikkelt. Om die reden werd het voorstel, hoewel het op zich als aanvaardbaar werd geclassificeerd, door de noodzakelijke prioritering van onderwerpen, niet weerhouden voor het studieprogramma van 2021. Er waren ook heel veel andere belangrijke thema's die zich iets meer in de expertise van het KCE bevonden.

Persoonlijk denk ik dat die studie door meerdere instanties zou kunnen worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld universiteiten of de Koning Boudewijnstichting zouden dat ook wel kunnen aanpakken. Indien het wenselijk wordt geacht, kan ook opnieuw een studievoorstel worden ingediend bij het KCE wanneer een nieuwe projectoproep gelanceerd wordt. Dan zal het KCE opnieuw bekijken wat de rangorde is van het betreffende projectvoorstel in vergelijking met andere ingediende voorstellen.

U hebt dan meteen ook de beleidsvraag zelf aangestipt. In de ziekenhuisfinanciering is in een bedrag voor het aanbieden van spirituele zorg en ondersteuning voorzien. U verwees ook naar

woonzorgcentra. De organisatie van spirituele zorg daar en meer in het algemeen als u zou spreken over spirituele eerstelijnszorg, valt duidelijk onder de bevoegdheid van de deelstaten.

14.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, het is goed dat u stelt dat de zaak niet afgesloten is en dat er nog potentieel is, aangezien de nood zich duidelijk wel stelt. Ik kan zelf de vinger niet op alle barrières leggen, omdat het blijkbaar een vrij ingewikkelde procedure is. De vraag om dit aan te kaarten werd gesteld aan diverse politici. Bij dezen hebben we dat gedaan. Het is fijn dat u de deur niet dichtdoet en zegt dat er nog wel een mogelijkheid is.

Het KCE doet soms een beroep op externen. Moet er altijd expertise aanwezig zijn binnen het KCE of kan die ook aan buitenstaanders gevraagd worden? De studie is gebeurd op afroep en via oproep naar de universiteiten. Ik kan mij wel inbeelden dat universiteiten zich daarop zouden kunnen en willen inschrijven.

We zullen uw antwoord doorgeven aan de indieners en de vertegenwoordigers van de erkende erediensten en de niet-conventionele levensbeschouwingen, zodat ze weten dat er eventueel nog mogelijkheden zijn.

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

15 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De transversale overeenkomstencommissie voor de geestelijke gezondheidszorg" (55039354C)

15 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La commission de conventions transversale pour les soins de santé mentale" (55039354C)

15.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, zowel in het regeerakkoord als in de unaniem in 2020 goedgekeurde resolutie over geestelijke gezondheidszorg, op basis waarvan de regering onder andere positieve maatregelen voor de psychologische zorg in de eerste lijn heeft genomen, was er sprake van de oprichting van een transversale overeenkomstencommissie bij het RIZIV met vertegenwoordigers van de psychologen en de orthopedagogen, zodat ook zij kunnen deelnemen aan de gesprekken rond de meerjarenbegroting van het RIZIV. In maart 2021 kondigde u al de wettelijke verankering daarvan aan, maar nu, ruim twee jaar later, is die wettelijke verankering er nog niet.

Ik herhaal mijn vraag van de sector: wat is de stand van zaken met betrekking tot de transversale overeenkomstencommissie? Wie zal daarin vertegenwoordigd zijn? Wordt ze wettelijk verankerd?

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, in het begin van de legislatuur werd een transversale overeenkomstencommissie voor geestelijke gezondheidszorg samengesteld, met als opdracht een visie en conventie te ontwikkelen inzake geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn.

Na de goedkeuring van de conventie in het Verzekeringscomité werden de leden van de transversale overeenkomstencommissie opgenomen in het Begeleidingscomité, dat de implementatie van de RIZIV-conventie van nabij volgt en voorstellen tot aanpassing doet aan het Verzekeringscomité.

Het Begeleidingscomité, dat tot nu toe al 21 keer heeft vergaderd, is als volgt samengesteld: 6 vertegenwoordigers van de representatieve beroepsverenigingen van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen, waaronder evenveel Nederlandstaligen als Franstaligen; 2 vertegenwoordigers van de familieorganisaties, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige; 2 vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige; 6 vertegenwoordigers van de ziekenhuisorganisaties; 6 vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; 4 huisartsen, voorgedragen door de organisaties die de artsen vertegenwoordigen in het Verzekeringscomité, waarvan minstens 1 Nederlandstalige en minstens 1 Franstalige; 2 psychiaters, voorgedragen door de organisaties die de artsen vertegenwoordigen in het Verzekeringscomité, waarvan 1 Nederlandstalige en 1 Franstalige; 6 vertegenwoordigers van de netwerken GGZ, waarvan 3 van de netwerken Kinderen en Jongeren en 3 van de netwerken

Volwassenen; 2 experten van de FOD Volksgezondheid, die de netwerken GGZ en ziekenhuizen ondersteunen bij de uitvoering van de overeenkomst; de administratie van het RIZIV; 2 van mijn adviseurs op basis van mijn bevoegdheden inzake Sociale Zaken en Volksgezondheid; en 1 vertegenwoordiger van de administratie van de betrokken deeltentiteiten. De commissie is dus wel degelijk transversaal.

Aangezien de werkwijze via het Begeleidingscomité en de geboekte resultaten echt wel overeenstemmen met de verwachtingen, hebben wij van de formele oprichting van een transversale overeenkomstencommissie GGZ op dit moment geen prioriteit gemaakt.

De klinisch psychologen en orthopedagogen maken deel uit van het Begeleidingscomité. Bovendien zijn zij vertegenwoordigd als waarnemer in het Verzekeringscomité van het RIZIV, waar zij ook hun stem laten horen in dossiers die hen aanbelangen.

Ondertussen zijn via het meerjarenkader van de begrotingsprocedure ook processen lopende om op een transversale wijze te komen tot nieuwe regelgeving. Derhalve maakt het structureel maken van de verschillende transversale processen, waaronder de transversale overeenkomstencommissie GGZ, deel uit van het bredere traject van de meerjarenbegroting.

Kortom, mevrouw Van Hoof, ik meen dat wij in de feiten doen wat zo'n transversale overeenkomstencommissie moet doen. Wij hebben die niet geformaliseerd. Het RIZIV kreunt onder het vele werk. Ik stel dus voor dat wij een en ander pragmatisch zo verder laten lopen.

Wat wij verder zullen doen om het transversale overleg vorm te geven, is eigenlijk een bredere vraag, die ook in verschillende andere projecten van het RIZIV aan de orde is. Ik wil daar nu niet op vooruitlopen.

15.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Ook al is men vertegenwoordigd in het Begeleidingscomité, de verwachting was dat de vertegenwoordiging wettelijk verankerd zou worden en dat psychologen niet alleen een stem als waarnemer maar ook als effectief lid zouden krijgen. Zo luidt althans de vraag van de sector zelf. Vandaar dat ik die hier herhaald heb.

Ik ben tevreden dat u de kwestie meeneemt in een algemene oefening. Het RIZIV kreunt inderdaad onder het werk. Die commissie is echter nog niet van de baan. Overleg is inderdaad belangrijk. De geestelijke gezondheidszorg zal meer ruimte innemen, wat een goede zaak is, al kunnen wij ook betreuren dat zij zo noodzakelijk is.

Het is van belang dat wij de geestelijke gezondheidszorg structureel erkennen en wettelijk verankeren. De vraag naar erkenning is ook een vraag vanuit de sector.

Ik meen dat het Begeleidingscomité voor de conventie zeker een goede zaak is. Laten wij echter ook een stap verder doen, in een globaal plan dat de pragmatische aanpak overstijgt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.17 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 17.